FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N° 60

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Marc-Albert CLÉMENTI

Né le 1er Janvier 1916, à Moïta (Corse)

Autour d'un cas de dystocie par atrésie congénitale canaliculaire du vagin

ÉTUDE OBSTÉTRICALE DES ATRÉSIES ET CLOISONNEMENTS ACQUIS OU CONGÉNITAUX DU VAGIN

Président : M. NOEL, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port

1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548002_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Marc-Albert CLÉMENTI

Né le 1er Janvier 1916, à Moïta (Corse)

Autour d'un cas de dystocie par atrésie congénitale canaliculaire du vagin

ÉTUDE OBSTÉTRICALE DES ATRÉSIES ET CLOISONNEMENTS ACQUIS OU CONGÉNITAUX DU VAGIN

Président : M. NOEL, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	André FORSTER.
Assesseur		G. SCHAEFFER.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	AMBARD.
Embryologie et tératologie		ANCEL.
Clinique neurologique		BARRÉ.
Histologie		BOUIN.
Clinique O. R. L.		CANUYT.
Anatomie		FORSTER.
Clinique chirurgicale A		LERICHE.
Chimie biologique		NICLOUX.
Hygiène et bactériologie		OBERLING.
Clinique dermatologique		PAUTRIER.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB.
Clinique infantile		ROHMER.
Physiologie		SCHAEFFER.
Pharmacologie		SCHWARTZ.
Médecine légale et Médecine sociale		SIMONIN.
Hydrologie et climatologie		VAUCHER.
Physique biologique		VLÈS.
Clinique chirurgicale B		WEISS.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. ARON.
Anatomie ..... BELLOCQ.
Anatomie pathologique ..... GÉRY.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. CALLOT, FONTAINE, GELMA, GUNSETT, HANNS, HUMBERT, KAYSER, KELLER, KREIS, ROMEY-REISS, STAHL, TULASNE, WAITZ, WOLF.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

MM. RŒDERER, MEYER Marcel, SIMON.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAVIGNY, STOLZ, WEILL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

Le mouvement intérieur qui en cet instant nous commande et dont la quantité nous comble entièrement, crée en nous un courant qui étouffe les mots préparés d'avance, et ainsi, nous met dans l'impuissance de proposer à son attention un témoignage affectueux.

A MES TANTES ET ONCLE

MADEMOISELLE, MADAME ET MONSIEUR MAINETTI

Aux sacrifices qu'ils se sont imposés, nous devons ce que nous sommes.

Ils nous ont tout donné, c'est à eux que tout est dû.

Puisse l'offrande de cette thèse leur témoigner faiblement notre tendresse reconnaissante.

A MES FRÈRE ET SŒURS, A DOMINIQUE

A MADAME ET MONSIEUR BÉCHET

MES BEAUX-PARENTS

ET LEUR FAMILLE

ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOEL

Professeur d'histologie à la Faculté de Médecine de Lyon

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il veuille trouver ici l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur d'anatomie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur de clinique médicale
Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membre associé national de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GÉRY

Professeur sans chaire à la Faculté de Médecine de Strasbourg

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

Nous avons été heureux de suivre son enseignement à la Maternité de l'hôpital Edouard Herriot.

Sa science est grande et sa bonté immense.

Que notre reconnaissance respectueuse ne soit pas un vain mot !

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

Il a été pour nous un conseiller éclairé et patient, nous le remercions vivement.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur la modestie de cet ouvrage ; en effet, il ne traite pas d'une question qui soit des plus importantes de l'obstétrique.

Fruit d'un effort consacrant nos cinq années d'études médicales, il a pour but de grouper, de collecter en une étude les atrésies et cloisonnements du vagin, affections pouvant créer une dystocie lors de l'accouchement.

Ce travail met en relief des faits plus qu'il ne soutient une manière de les voir ou de les expliquer ; c'est pourquoi notre thèse est revêtue d'une légère allure didactique.

En somme, toutes les pages qui vont suivre sont brodées autour d'un cas très original d'atrésie congénitale du vagin qui s'est présenté au cours de cette année dans le pavillon-maternité de notre maître Monsieur le Professeur VORON *; autour de ce cas, nous en avons réuni d'autres qui souvent ne lui ressemblent pas ; il nous a fallu les rechercher au sein de la littérature gynéco-obstétricale ; ils étaient noyés isolément dans cette mer livresque, nous avons essayé d'en repêcher quelques-uns dans l'intention de reconstituer en une collec-*

tion ordonnée et étudiée, cet ensemble semi-disparate ; nous l'offrons aujourd'hui à notre jury de thèse avec la certitude que l'indulgence des maîtres qui le composent doit être bien grande, afin de nous juger.

Puissions-nous obtenir cette indulgence en ce jour qui est à la fois le premier et le dernier de nos études médicales, et, en osant offrir notre thèse, cachons-nous un peu derrière un paravent-subterfuge que nous concrétiserons dans la pensée de Pascal : « Qu'importe qu'un autre l'eût dit avant moi si je le dis comme mien. »

PRÉLIMINAIRES

Les atrésies et cloisonnements du vagin sont connus depuis longtemps.

Malgré cela leur rôle dystocique a été laissé dans l'ombre.

Nous avons pu parvenir à en relever plusieurs cas dans la littérature médicale, ainsi que sur les registres d'observations de nos maternités.

Ces affections, surtout les congénitales, sont certes relativement rares. Nous avons voulu faire sur elles un travail à la fois de groupement et de classification ; après quoi nous nous sommes placés sur le terrain obstétrical, faisant converger la réalité de leur existence vers le rôle dystocique qu'elles sont susceptibles de jouer lors de l'accouchement.

Nous avons volontairement omis les cas d'hymens imperforés dont la persistance entraîne la rétention du sang menstruel dans les voies génitales féminines, créant ainsi l'hématocolpos, l'hématométrie ou l'hématosalpinx.

Nous avons également laissé de côté l'étude de l'absence congénitale du vagin, ainsi que celle des méthodes indiquées pour y remédier (opérations de Baldwin, greffes de Thiersh et autres moyens thérapeutiques reconstructeurs) ; tous chapitres concernant la gynécologie et la chirurgie plastique.

Seulement, au cours de cet ouvrage nous faisons mention des vagins à communication uréthrale, vésicale ou rectale, communication due à une fistule acquise et cela dans les seules limites où ces communications sont en rapport avec l'atrésie vaginale dont elles peuvent être la cause indirecte.

Ces fistules reliant le vagin aux organes voisins sont rares, bien que parfois compatibles avec l'état de grossesse ; moins rares, disons-le, que leur homologues congénitales dont nous ne faisons pas mention dans les pages de cette thèse pour ne pas sortir du chapitre de l'obstétrique aux limites précises que nous nous sommes proposés d'étudier.

Ce chapitre se borne aux atrésies et cloisons acquises ou congénitales du vagin dans leurs différentes modalités tant en ce qui concerne leurs causes qu'en ce qui a trait à leur aspect et à leurs effets sur la grossesse ou l'accouchement.

Débutant par un résumé d'historique, notre ouvrage se déroule selon le plan suivant :

Classification étiologique et morphologique.
Genèse et étiologie.
De l'Influence sur l'accouchement.
Description.
Diagnostic.
Pronostic.
Traitement.
Observations.
Conclusions.
Bibliographie.

HISTORIQUE

Les atrésies et cloisonnements du vagin ont été confondus tout d'abord avec les malformations congénitales autres et la dystocie en résultant n'était guère étudiée à part.

Les vieux traités d'accouchement connaissent ces affections et sont encore assez explicites. Cazeaux, membre de l'Académie impériale de médecine, dans son « traité de l'art des accouchements » écrit en 1858, parle des vices de la conformation du vagin au chapitre de la « Dystocie » ; il cite, outre des cas de malformations congénitales, des cas d'atrésies acquises. Il connaît des vagins rétrécis congénitaux, canaliculaires, ou bien cloisonnés dans tous les sens. Il cite à l'appui « Portal » et remonte même à Pleuck, qui, dans son traité « Elémenta Artis obstétricæ », relate le cas d'une femme à vagin étroit dont le mari, après trois ans de ménage, n'avait pu consommer le coït selon l'usage ordinaire, jusqu'au jour où la femme devint enceinte et accoucha après dix-huit heures de dilatation, d'un fœtus expulsé sans aucune déchirure du vagin. Cazeaux s'étend ensuite sur des cas d'accouchements spontanés ou mortels à travers des vagins rétrécis et comme moyens d'y remé-

dier, il cite la section des brides ou cloisonnements quand ils existent, la dilatation, la césarienne, l'embryotomie, le forceps et la symphyséotomie.

L'hématocolpos, dû à l'accumulation du sang menstruel, était déjà connu par les auteurs de l'antiquité qui avaient traité des hymens imperforés, ainsi que les cloisonnements transversaux situés devant le col de l'utérus. Dionis, dans son « Cours d'opérations de chirurgie » démontrées au Jardin Royal, en l'année MDCCLXXVII nous le dit ; il ne parle pas du rôle dystocique que peuvent avoir ces diaphragmes intravaginaux.

C'est Neugebauer qui a recueilli toutes les observations antérieures à 1895 et signalant les cas d'atrésies et cloisonnements du vagin, a tout assemblé dans un ouvrage intitulé :

Zur Lehre von Verwachsungen und Verengerungen der Scheide (Berlin 1895).

Pour citer le nom de quelques auteurs qui ont contribué, soit par des études, soit par la communication d'observations sur les atrésies et cloisonnements du vagin, signalons les suivants :

Bouchacourt, en..	1838	Courant, en	1893
Muro, en.....	1845	Esman, en	1896
Taurin, en	1853	Brunôx, en	1896
Benicke, en	1878	Vedin, en	1897
Breisky, en	1884	Picado, en	1898
Guéniot, en	1886	Maygrier, en	1898
Muller, en	1888	Kummer, en	1899
Kramer, en	1888	Ward, en	1900
Maher, en	1890	Schenck, en	1900

Brindeau, en 1901, dans « l'Obstétrique » donne l'article intitulé ainsi : « De l'atrésie acquise du vagin au point de vue obstétrical. »

Notons seulement que la plupart de ces auteurs ont signalé des cas d'atrésies ou cloisonnements acquis plutôt que les cas congénitaux beaucoup plus rares.

D'autres auteurs ont étudié la question ; citons : Hayn, Haverkamps, Fritsch, Puèch, Collinet, Mangiagalli, Shonberg et parmi ceux qui ont voulu la regarder sur le plan « Dystocie » : Madame Lachapelle, Ackermann, Barbotin et Guillemat.

Dans des temps plus récents, nous avons les observations ou publications de plusieurs auteurs, ainsi : Sauvage, dans les annales de gynécologie et obstétrique de 1910.

Les observations de Rhenter, en 1929, 1930, 1931, 32, 1936, 37 et 39 ? (à la Croix Rousse), seule la dernière de 1939 (à l'Hôtel-Dieu) et qui décrivait un vagin double chez une parturiente.

Fiolle (7 avril 1932), publie à la Société de gynécologie de Marseille « Recherche sur la pathologie des atrésies vaginales supérieures et cervicales. Adamson dans « l'American Journal of obst et gynec, avril 1936 » décrit un vagin cloisonné compliquant le travail.

Brouha et Bastin citent une présentation du siège avec vagin double dans « Bruxelles Médical, août 1936. »

Dobis étudie la grossesse en présence des malformations de l'utérus et du vagin (Zent. f. Gynak. Déc. 1935).

En 1936, Mocquot, à Paris, fait soutenir une thèse sur les cloisons transversales congénitales du vagin avec les observations de Langsdorff, Vautrin, Ferry, Skutsh, Brault et Rochard, Fruhinsholz et Louyot, Crousse et Cremnitzer.

Dans cette littérature, on signale surtout des cas acquis et peu de cas congénitaux, à peine quelques cas de cloisonnements transversaux congénitaux, quelques vagins doubles congénitaux, mais nous n'avons pu arri-

ver à découvrir un cas d'atrésie vaginale congénitale, en effet, ce cas là est très rare et à notre disposition nous avons le cas de Madame G. (dû à l'obligeance de Monsieur le professeur VORON), affection congénitale excessivement rare par opposition aux atrésies acquises plus nombreuses et dont traitent surtout les auteurs du siècle dernier.

CLASSIFICATION ÉTIOLOGIQUE ET MORPHOLOGIQUE

Nous séparerons d'abord les affections congénitales des affections acquises, bien que les origines soient différentes au point de vue morphologique on peut les grouper dans le même tableau.

Nous distinguerons au point de vue morphologique:

I. Les atrésies.

II. Les cloisonnements.

I. Les atrésies réalisent les rétrécissements qui peuvent être :

annulaires : incomplets.
complets.

ou bien caniculaires : incomplets.
complets.

II. Les cloisonnements s'effectuent par brides ou par cloisons qui peuvent être :

transversales.
longitudinales.
ou obliques.

A. Cloisons transversales : uniques. } complètes
multiples. } ou incomplètes.

Ces cloisons transversales seront perforées ou imperforées, en un seul endroit ou en plusieurs.

B. Cloisons longitudinales : simples en général.
elles seront complètes } c'est-à-dire occupant
ou incomplètes } ou non toute la largeur du vagin ;

elles seront de même totales } selon qu'elles s'allongent
ou partielles } sur toute la hauteur du vagin ou qu'elles ne l'occupent qu'en partie.

C. Cloisonnements obliques : Ils peuvent affecter tous les modes comme les cloisons transversales et les cloisons longitudinales.

Notons que les cloisonnements transversaux peuvent former un diaphragme plus ou moins complet (ainsi qu'il a été exposé) à n'importe quelle hauteur du vagin aussi bien derrière l'hymen présent ou non, qu'en face du col utérin ; leur diagnostic dans ce dernier cas étant plus difficile.

« L'obstétrique » donne l'article intitulé ainsi : « De l'atrésie acquise du vagin au point de vue obstétrical. »

Si nous considérons les atrésies acquises (ou cloisons), nous pouvons les classer au point de vue étiologique pur en Traumatiques
et Infectieuses.

Les Traumatiques relèvent de diverses causes (corps étrangers dans le vagin, tels que pessaires à demeure,

instruments chirurgicaux, gynécologiques ou obstétricaux, calcul vésical ayant ulcéré la paroi vésico-vaginale, brûlures par liquides bouillants, corosifs ou caustiques, accouchements difficiles en rapport avec toutes les dystosies d'origine maternelle ou fœtale, déchirures du périnée qui, mal soigné, a pu bourgeonner et oblitérer le canal vulvo-vaginal, etc., etc...).

Les causes Infectieuses sont les maladies qui frappent le vagin syphilis, blennorragie, fièvre puerpérale, érysipèle même ; on a signalé aussi la diphtérie, la scarlatine, la typhoïde, les phlegmons pelviens et la fièvre jaune.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE

I. Les atrésies et cloisonnements du vagin d'origine congénitale

GENESE

Pour comprendre ces malformations vaginales, nous ferons un appel embryologique du vagin.

a) **Embryologie du vagin**

En remontant assez haut dans la genèse du vagin, nous arrivons à rencontrer le « mésonéphros » duquel dérivera « le corps de Wolff », chaque vésicule mésonéphrotique s'ouvrira dans le « canal excréteur des vésicules du mésonéphros » qui prend alors le nom de « canal de Wolff ». Le corps de Wolff présentera quelques particularités qui serviront surtout pour le développement de l'appareil génital, entre autres l'existence d'un cordon saillant formant le bord antérieur de l'organe : c'est le « cordon uro-génital » contenant dans sa partie antérieure le canal de Wolff en position interne et « le canal de Müller » externe.

Qu'est-ce que ce sinus uro-génital ?

Dans l'embryon de 1 mm. 38, la « membrane cloa-

cale » est déjà représentée par la partie borgne terminale de « l'intestin postérieur ». Lorsque le cloaque sera formé, sur sa partie ventrale, immédiatement au-dessous de l'orifice allantoïdien, l'ectoderme et l'endoderme de la membrane cloacale seront en contact l'un de l'autre et en position verticale. Une première division séparera le cloaque en une portion postérieure ou rectum et une antérieure ou sinus uro-génital. Dans ce sinus débouchent : 1° Le canal excréteur primitif du pronéphros ou canal de Wolff du mésonéphros.

2° Le canal allantoïdien.

Après l'atrophie du corps de Wolff, les canaux de Müller forment deux conduits volumineux distincts l'un de l'autre dans leur partie supérieure, mais accolés sur la ligne médiane dans leur partie inférieure.

De cet accollement des deux canaux résulte une fusion complète, de sorte que les portions inférieures des canaux de Muller droit et gauche ne forment plus qu'un canal unique : le canal utéro-vaginal.

L'extrémité inférieure, aveugle, de ce canal, vient buter contre la paroi postérieure du sinus uro-génital, et la soulève en une petite saillie médiocre : le tubercule de Müller. Cette fusion Müllérienne débute au commencement du troisième mois, commençant à mi-hauteur de la portion située dans le cordon génital ; elle progresse plus vite vers le haut que vers le bas et devient complète dans le cours du quatrième mois.

Secondairement se produit la différenciation histologique des tissus, la partie supérieure prenant le masque histologique de la muqueuse utérine, la partie inférieure le masque de la muqueuse vaginale.

L'épithélium du sinus uro-vaginal se raccorderait au niveau du tubercule de Müller avec cette partie inférieure et de ce fait, le vagin serait constitué ; dérivé Müllérien en partie. (Les canaux de Wolff s'atrophiant et disparaissant chez l'embryon femelle).

Ainsi est expliquée l'embryologie du vagin par les classiques dont Dubreuil ; mais Retterer présente à cette théorie l'opposition suivante :

Il s'explique ainsi :

Les canaux de Muller sont encore séparés chez l'embryon au niveau du plan qui passe par les articulations coxo-fémorales. Après leur réunion en un canal unique, cette extrémité inférieure ou distale ne descend plus dans la cavité pelvienne. Le développement comparé à l'état adulte, établit d'une façon péremptoire que les canaux de Müller ne peuvent prendre part à la formation du vagin.

Les classiques qui soutiennent cette théorie ne tiennent pas compte des connexions et attribuent un accroissement idéal aux canaux de Müller isolés, pour ainsi dire, dans l'espace. L'urèthre femelle dérivé de la portion ventrale du sinus uro-génital et le vagin tout entier procède de la portion dorsale de ce sinus.

Le vagin est le segment des conduits génitaux qui provient du cloisonnement du sinus uro-génital.

Pour Kölliker, Thiersch, Furst l'utérus et le vagin procèdent des canaux de Müller. Pour Muller-Rathke, l'utérus et le vagin sont des évaginations du sinus uro-génital, hypothèse coïncidant avec celle de Retterer.

Telles sont les différentes manières de voir l'embryologie du vagin ; soulignons seulement que la théorie généralement admise est que la portion supérieure du vagin est d'origine Müllérienne, tandis que l'inférieure avec l'hymen procède du sinus uro-génital.

Cela étant, comment expliquer les malformations congénitales du vagin dont il est question dans cette thèse.

b) **Pathogénie des malformations vaginales**

Durant cette genèse embryonnaire et fœtale, le travail de formation peut être altéré,

L'absence du vagin ou sa brièveté correspondrait à l'absence du développement ou au développement incomplet du canal utéro-vaginal. Le plus souvent les canaux de Müller auraient existé mais ne se seraient pas développés dans leur portion caudale.

La sténose congénitale du vagin serait due à une atrésie des parois de l'organe.

Les autres anomalies « communications uro ou recto-vaginales s'expliquent aussi par l'embryologie.

Mais quelle est la cause des cloisonnements congénitaux du vagin ?

Les auteurs allemands combattirent beaucoup la notion d'origine congénitale des cloisons du vagin.

Nagel, Veit, Meyer, considèrent d'abord l'atrésie comme d'origine infectieuse ; mais plus tard, ils durent admettre que le cordon de Müller lésé pendant le développement embryonnaire aboutira à une formation inhibitrice isolée du vagin. On accepte aujourd'hui la théorie de l'arrêt du développement dû à un défaut de résorption, à la réunion des canaux de Müller et du sinus urogénital (Pozzi). Les canaux de Müller, primitivement pleins se creusent dans la suite, mais le second stade de leur évolution peut manquer et s'il y a défaut de résorption il y aura production d'une cloison (Magendie-Husté). L'existence de cloisons percées de deux orifices latéraux ne traduirait que la lumière de ces conduits. La cause de cette lésion embryonnaire est discutable, pour les uns, c'est la persistance des replis épithéliaux formés pendant la vie intra-utérine ; pour d'autres c'est le reste d'une inflammation fœtale due à une infection quelconque.

Le cloisonnement longitudinal du vagin s'explique par la fusion incomplète des deux canaux de Müller. Cette affection s'accompagne parfois d'utérus double faisant suite à un vagin double ou d'utérus bicorne.

II. Les atrésies et cloisonnements du vagin d'origine acquise

ETIOLOGIE

La cause n'est plus cette fois-ci d'ordre congénital, mais d'ordre traumatique ou infectieuse.

Les cicatrices vulvo-vaginales sont extrêmement fréquentes chez les femmes enceintes et en particulier chez les multipares, puisque l'accouchement s'accompagne souvent de lésions plus ou moins profondes des organes génitaux. Cependant, ces plaies en général se cicatrisent normalement et c'est à peine si quelque temps après l'accouchement on peut en trouver le vestige. Ces cicatrices sont assez rarement la cause de dystocie. Brindeau faisant des recherches bibliographiques assez longues n'en a recueilli que 150 ayant mis obstacle à l'accouchement.

Cette dystocie spéciale est évidemment bien plus rare chez les primipares que chez les multipares, car la cause principale de ces cicatrices est due à un accouchement antérieur. Sur les 150 observations de Brindeau, il n'y a pas que 10 principares, soit 0,70 %.

Les causes de l'atrésie vaginale sont très nombreuses, mais ce qui frappe en lisant les travaux parus à ce sujet, c'est le rôle que jouent les viciations pelviennes dans la production de cette malformation. Ces viciations pelviennes au rôle indirect, il faut le dire, agissant par l'intermédiaire de l'accouchement difficile qu'elles créent, existent dans plus de la moitié des cas. Le plus souvent il s'agit d'un bassin plat rachitique. Cependant on a noté aussi du bassin cyphotique (cas de Hayn). Tou-

tes les causes d'atrésie du vagin acquise peuvent se ranger dans les deux grandes divisions : traumatiques ou infectieuses. Traumatiques, elles sont variables ; nous avons vu déjà celles par le fait d'un accouchement laborieux.

Citons aussi quelques cas rares dans lesquels la sténose a été provoquée par la présence d'un corps étranger. Haverkamp signale par exemple l'observation d'une servante de Brasserie, qui s'étant introduit dans le vagin un fourneau de pipe de dix centimètres de long, vit à la suite de ce fait, se produire une cicatrice qui mit obstacle à l'accouchement.

Des pessaires laissés longtemps à demeure peuvent produire le même mécanisme.

Fritsch a observé un cas d'occlusion vaginale consécutive à un calcul vésical ayant ulcéré la paroi vésico-vaginale.

Comme autres causes plus fréquentes, nous devons signaler les brûlures par liquide bouillant ou par substance corrosive, Dans le premier cas, il s'agit très souvent d'accidents datant de l'enfance, le bébé ayant été immergé dans un bain trop chaud.

Dans le second cas on a le plus souvent affaire à des tentatives d'avortement, la femme ayant pris une injection avec un liquide caustique ; telles sont les observations de Puèch, Collinet, Shenck, etc...

Les liquides le plus souvent employés ont été le chlorure de zinc, l'acide sulfurique, l'acide phénique, le perchlorure de fer, la lessive de soude, etc.

Dans ces cas, la grossesse peut continuer et la cicatrice est formée quand la femme entre en travail.

Dans quelques faits plus rares, la cicatrisation a été faite par un médecin dans un but thérapeutique comme dans l'observation de Mangiagalli où l'on avait voulu détruire un cancer du col envahissant le vagin. Mais par-

mi les causes traumatiques les plus importantes, il faut citer avant tout les blessures du canal vulvo-vaginal qui accompagnent l'accouchement. Ces lésions seront d'autant plus fréquentes que l'accouchement a été plus difficile.

Nous pourrions donc citer toutes les causes de dystocie. Nous insisterons seulement sur les viciations pelviennes, surtout quand l'enfant est volumineux, les présentations vicieuses, les occipito-postérieures, etc...

D'après Esman, on pouvait retrouver des sténoses vaginales dans 80 % des accouchements difficiles ; ce chiffre est certainement exagéré si l'on ne considère que les sténoses suffisamment prononcées pouvant gêner l'accouchement.

Toutes les plaies vulvo-vaginales peuvent se cicatriser vicieusement en formant des atrésies ; parmi celles-ci, nous citerons celles qui se produisent spontanément et celles qui suivent certaines interventions.

Nous savons que dans les cas de bassin rétréci quand la tête est retenue un certain temps au niveau du détroit supérieur, il peut en résulter des contusions plus ou moins violentes des tissus maternels qui amènent à leur suite des solutions de continuité.

Le plus souvent les plaies ne se produisent pas immédiatement après l'accouchement, mais dans les jours qui suivent, au moment de la chute de l'escharre. Cette attrition des parties molles ne se fait pas toujours au niveau du détroit supérieur (angle sacro-vertébral, publis) ; mais elle peut également se produire dans l'escavation. Les épines sciatiques sont particulièrement à redouter dans ces cas. Enfin, l'enclavement de la tête se présentant en front ou en face, est encore une cause des lésions spontanées du canal vulvo-vaginal.

Parmi ces lésions nous devons en citer une qui par sa fréquence mérite l'attention : nous voulons parler des

fistules vésico ou uréthro-vaginales. En lisant les différentes observations, nous avons été étonnés de les rencontrer si souvent dans les antécédents des femmes atteintes de dystocie par atrésie vaginale. Brindeau en a collecté 25.

Parmi celles-ci, nous devons citer celle de Fritsch; cette fistule, restaurée à plusieurs reprises, se reproduisit à trois grossesses successives, l'atrésie devenant de plus en plus prononcée ; on fut obligé de pratiquer l'opération de Porro. Les cicatrices vicieuses par fistules recto-vaginales sont plus rares ; Chambers, Runge, Dejace en ont cependant publié des exemples intéressants ; à côté de ces lésions qui deviennent heureusement de plus en plus rares, nous devons signaler des déchirures du périnée qui, lorsqu'elles se cicatrisent irrégulièrement, peuvent occlure plus ou moins l'entrée du canal vulvo-vaginal.

Dans un cas très curieux observé par Mursina, il y avait une déchirure étendue du périnée qui fut soignée par le simple accolement des cuisses, il s'ensuivit une obturation complète de la vulve. La pénétration des spermatozoïdes put cependant se faire par un petit orifice qui existait au milieu du périnée.

Si les atrésies vaginales peuvent s'observer à la suite d'accouchements spontanés, on comprend qu'elles soient encore plus fréquentes à la suite d'interventions opératoires. On retrouve en effet très souvent dans les antécédents obstétricaux, des femmes atteintes de cette complication : soit une application de forceps, soit une craniotomie, une version, etc...

Le forceps doit surtout être mis en cause et en particulier le forceps de Levret ; comme il s'agit presque toujours d'opérations pratiquées dans des bassins rétrécis, on est en droit de penser que les applications d'instruments ont été faites au détroit supérieur. Malheureuse-

ment les détails manquent dans toutes les observations, la femme disant simplement que dans son accouchement antécédent, elle a été « accouchée aux fers ».

Brindeau insiste sur les mauvaises applications de forceps.

L'atrésie sera plus facile s'il y a infection donnant cicatrice vicieuse.

Brindeau insiste aussi (délaissant les applications de forceps en fausse route due à l'incompétence ou à la maladresse de l'opérateur) sur les cas de forceps appliqué dans le but d'obtenir la rotation artificielle de la tête dans les occipito-postérieures.

Tarnier, Budin et Bar ont bien montré comment dans ces cas on pouvait léser les parties molles de la mère.

Ces lésions du vagin par application de forceps sont encore plus faciles à créer chez la femme primipare à canal étroit. Les interventions sur affections vulvo-vaginales au cours ou en dehors de la grossesse (ablation de tumeur vaginale, kystes, végétations, section de brides congénitales (Schonberg), restauration de fistules recto-vaginales) ont pu devenir source de ces cicatrices.

Dans certains cas après périnéoraphie, on peut voir la bride vaginale plus ou moins prononcée se former.

Toutes les maladies infectieuses pouvant créer des ulcérations vulvo-vaginales peuvent donner naissance à ces atrésies.

Renouard a vu un érysipèle produire un sphacèle vulvaire et une cicatrice consécutive vicieuse devenir une cause de dystocie.

La typhoïde (Mayer, Boem), la scarlatine (Braun), la diphtérie (Weidlich), la fièvre jaune (Barnès) ont été citées comme causes.

Mais c'est la fièvre puerpérale qui est la plus grande cause infectieuse d'atrésie.

Après les lésions traumatiques, si les suites de couche sont normales, il n'y a rien à signaler en général ; mais si la fièvre puerpérale s'installe, il y aura ou cicatrisation vicieuse pouvant produire l'atrésie, ou brides par des lambeaux vaginaux plus ou moins flottants qui peuvent s'accoler, ou anneaux qui rétrécissent le vagin.

Quand la fièvre puerpérale s'associe à la gangrène, les brides et l'atrésie s'organiseront encore plus facilement.

Citons aussi d'autres infections qui par un mécanisme différent, peuvent obturer le vagin plus ou moins complètement.

Pozzi, Trèlat, Kramer et Budin ont signalé des observations de phlegmons pelviens qui après guérison sont devenus la cause de brides fibreuses rétrécissant le canal vaginal. Dans le cas de Budin, une bride périrectale mit obstacle à la sortie du fœtus dans deux accouchements succesifs.

La blennorragie chronique serait aussi une cause non à dédaigner (Veit). Veit admet que les granulations peuvent relier entre elles les différents replis du conduit et produire par la suite des anneaux cicatriciels qui ont une grande tendance à revenir sur eux-mêmes.

Citons enfin la syphilis, agent de premier ordre dans la production de tissus scléreux.

Il n'est donc pas étonnant de rencontrer au niveau du vagin ce qu'on observe dans d'autres conduits musculaires lisses à la suite de la syphilis.

Kugler, Lyon, Schonberg, ont signalé des cas de dystocie par rétrécissement syphilitique du vagin.

Ordinairement la sténose porte sur une certaine longueur et il s'agit plutôt dans les cas de syphilis de rétrécissements cylindriques que de rétrécissements annulaires ou transversaux.

DE L'INFLUENCE DES ATRÉSIES ET CLOISONNEMENTS DU VAGIN SUR LA MARCHE ET LA TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

Les contractions utérines, ainsi qu'en témoignent les diverses observations, sont en général assez lentes et irrégulières ; mais les auteurs n'expliquent pas suffisamment si l'inertie utérine a été observée dès le début du travail ou si elle a été secondaire. Il est probable cependant que lorsque la malformation siège très haut, très près du col, elle doit influer sur la marche des contractions utérines.

La dilatation du col se fait normalement, sauf cas où l'organe est englobé dans le tissu cicatriciel ; elle peut alors manquer complètement comme cela a été signalé dans plusieurs observations.

La rupture de la poche des eaux est généralement prématurée et les cas ne sont pas rares dans lesquels il s'est produit de l'infection utérine avant tout début de travail. Cette rupture prématurée des membranes vient ajouter à la gravité du pronostic de l'atrésie vaginale.

Quand la dilatation du col est suffisante, la partie fœtale appuie sur le rétrécissement et l'on peut voir se

produire différentes éventualités ; si l'atrésie n'est pas trop prononcée, la tête dilate peu à peu ce nouvel orifice et l'accouchement se fait spontanément après une durée plus longue suivant la vigueur des contractions utérines.

Cette terminaison spontanée est relativement assez fréquente, 36 % des cas selon Brindeau, car la grossesse fait subir au tissu cicatriciel les mêmes modifications physiologiques qu'aux parties saines du vagin.

Ce tissu se ramollit et s'imbibe de sérosités, si bien que son élasticité devient beaucoup plus grande. Le ramollissement de la cicatrice jouera un grand rôle quand on se proposera de dilater artificiellement le rétrécissement.

L'accouchement spontané est encore possible par un autre mécanisme, surtout quand il s'agit de brides peu épaisses. La partie fœtale en appuyant fortement sur l'obstacle finit par le rompre ; c'est du reste ce qui se produit également dans les cloisonnements congénitaux. Malheureusemet ces déchirures s'étendent quelquefois assez loin et l'on a vu la vessie ou le rectum être intéressés dans la plaie.

Quand l'obstacle résiste, l'utérus fatigué de lutter entre en inertie et la femme meurt sans être accouchée si l'on n'intervient pas.

Si les contractions continuent, il peut se produire une rupture de l'organe et l'enfant pénètre dans la cavité péritonéale. On a observé plusieurs cas dans lesquels l'accouchement s'est terminé d'une façon exceptionelle, le fœtus sortant par l'anus. Chapman, par exemple, a vu à la suite d'un rétrécissement acquis du vagin, la tête buter fortement sur la paroi antérieure du rectum ; comme cette paroi menaçait de se rompre, il l'incisa et le fœtus sortit par l'anus.

Dans l'observation N° III, la bride vaginale jouait le rôle d'hymen très résistant et comme la tête appuyait

très fortement sur le périnée, celui-ci céda à son centre en produisant un début de déchirure centrale.

L'accouchement n'est pas toujours gêné, nous l'avons déjà dit par l'existence d'une bride ou d'une cloison ; ainsi nous voyons qu'il se déroule normalement dans les observations N° II (Brindeau 1900) où le vagin était complètement fermé (seul un orifice existait puisque la poche des eaux avait pu se vider, mais cet orifice était invisible).

Dans l'observation N° IX (1), il existait une cloison congénitale transversale, mais elle a été dilacérée à la pince avant l'accouchement.

L'accouchement se déroule de même normalement dans l'observation de Cremnitzer, où la cloison est située à l'union des 3/5 inférieurs et des 2/5 supérieurs du vagin, mais elle avait été coupée par l'opérateur.

Parmi les cas qui se sont produits dans la maternité de la Croix-Rouge de Monsieur le professeur Rhenter, nous avons le cas N° 2 (Obs. XIV) ; un diaphragme vaginal existant n'a pas empêché la rapidité du travail ; de même le cas N° 3 de cette observation où la bride cervico-vaginale congénitale fut compatible avec un accouchement normal.

Dans l'observation Rhenter N° 4, l'accouchement a lieu aussi spontanément la bride transversale ayant été sectionnée.

Il est cependant beaucoup de cas où les atrésies et cloisonnements du vagin sont des obstacles bien gênants à l'expulsion du fœtus ; pour en citer quelques-uns, signalons seulement les observations : N° IX (2) où la bride retient la présentation et où l'application de forceps devint obligatoire.

N° VIII (forceps à la vulve).

N° XII. Ici, il s'agit d'un cloisonnement longitudinal réalisant un vagin double en canon de fusil chez une fem-

me enceinte dont le fœtus se présente par le siège ; le fœtus restant à cheval sur le haut de la cloison, son extraction est très difficile, après large épisiotomie l'enfant naît mort.

Brouha et Bastin, auteurs de l'observation, accusent non pas le vagin malformé, mais la présentation qui serait, elle, la cause de la mort.

Dans l'observation N° XIII (Adamson), on pratique une épisiotomie et le forceps. L'enfant naît vivant.

Dans l'observation N° XIV (1), Rhenter applique le forceps. Au cours de l'extraction, il se produit une déchirure du périnée ; forceps aussi dans l'observation N° XIV (5) où la bride est rompue spontanément.

L'observation N° XV (Voron 1939), présente un rétrécissement canaliculaire de 2 cm., qui persistera rigide, et nécessitera une hystérotomie basse sous anesthésie générale.

En résumé. Les atrésies et cloisonnements vaginaux acquis où congénitaux peuvent aussi bien céder par le fait de l'accouchement que porter un gros obstacle à ce dernier.

DESCRIPTION ET DIAGNOSTIC DES ATRÉSIES ET CLOISONS VAGINALES

I. Description

La forme du rétrécissement est intéressante à étudier. Il s'agit souvent de bride divisant le vagin en plusieurs compartiments ; ces cloisons généralement transversales sont parfois obliques ou longitudinales et l'on comprend que les différentes directions aient une importance plus ou moins grande dans la création de la dystocie.

Dans d'autres cas, le rétrécissement est annulaire et l'on peut rencontrer plusieurs anneaux superposés formant comme une série de diaphragmes d'épaisseur variable. Enfin, dans certaines variétés, heureusement plus rares, la malformation se présente sous la forme d'un véritable conduit de plusieurs centimètres de long.

Ce conduit est ordinairement assez irrégulier et son diamètre n'est pas égal sur toute sa hauteur ; il affecte seulement la forme d'un entonnoir à sommet dirigé en haut.

Quant au degré du rétrécissement, il est très variable suivant les cas ; il est quelquefois tellement peu marqué que c'est seulement pendant l'accouchement, au mo-

ment du passage de la partie fœtale, qu'on s'aperçoit qu'il existe une bride ou un anneau vaginal empêchant la sortie de l'enfant ; dans d'autres cas au contraire, il est tellement prononcé que le vagin paraît absolument oblitéré : on a beau chercher l'orifice avec le doigt, il est impossible de le trouver ; cette recherche devint impraticable même avec une valve ou un spéculum (Observations de Siebold, Spiegelberg ; Observation de Brindeau N° II).

Entre ces deux extrêmes, on peut citer tous les cas possibles. Dans le cas de Brunôx et de Boissard, on pouvait à peine introduire une sonde cannelée, dans le cas de Voron on pouvait à peine introduire le doigt (Observation N° XV).

Fritsh, Spiegelberg, Muller, rapportent des cas de rétrécissements du calibre d'une sonde de femme.

Ordinairement l'orifice admet l'introduction de l'extrémité de l'index.

Enfin, certains auteurs tels que Strecker et Wyder, ont vu des cas dans lesquels le vagin se terminait en cul de sac entièrement fermé, la fécondation s'étant produite à travers l'urèthre, grâce à l'existence d'une fistule vésico-vaginale.

La consistance des tissus cicatriciels ou congénitaux n'est pas toujours la même ; ils sont quelquefois assez souples et se distinguent difficilement au toucher des parties voisines, parfois au contraire, ils sont durs et inextensibles (cas Voron, Obs. N° XV) ; on a même signalé des observations de cicatrices à consistance cartilagineuse. La grossesse, ajoutons-le, les assouplit en général d'une façon notable.

Les organes voisins sont souvent modifiés sous l'influence des rétrécissements ; on a vu combien les fistules vésico ou uréthro-vaginales sont très fréquentes chez les femmes atteintes de ces malformations. Dans d'autres cas, il existe des fistules recto-vaginales.

Chez une malade citée par KUMMER, il y avait un véritable cloaque dans lequel s'ouvraient urèthre, vagin et rectum. Chez celle de BENICKE, l'uretère étant comprimé, il s'était produit une hydronéphrose.

Enfin, n'oublions pas que le col utérin lui-même peut être englobé ou caché par le tissu cicatriciel (Obs. RHENTER, N° XIV, 3e).

Les femmes atteintes de rétrécissement vaginal, paraissent moins disposées que les femmes normales à devenir enceintes et cependant il n'est pas rare de voir se produire la fécondation avec des atrésies très prononcées. (Obs. N° V, FERRY). On sait en effet que le sperme n'a pas besoin d'être déposé directement sur le col utérin pendant le coït pour que l'imprégnation ait lieu. Les spermatozoïdes cheminent dans le vagin, franchissent le rétrécissement et le col et pénètrent dans l'utérus.

Certaines observations sont extrêmement curieuses et montrent que la fécondation peut s'effectuer dans des conditions paraissant très défavorables (cas de MURSINA déjà cité) (fécondation par l'urèthre à la faveur d'une fistule).

Quant il existe un rétrécissement du vagin chez la femme enceinte et que ce rétrécissement est suffisamment prononcé, il peut en résulter des modifications dans les fonctions de l'organe qui expliquent certaines complications de la grossesse et du travail. La première conséquence du rétrécissement est la division du vagin en deux loges qui communiquent plus ou moins facilement ensemble.

La loge inférieure communiquant avec l'extérieur, ne présente rien de particulier à noter, mais la loge supérieure qui en outre de ces sécrétions, reçoit celles de l'utérus, se vide mal et il se produit, au moins dans les rétrécissements prononcés, une rétention des mucosités cervico-vaginales qui sont un excellent milieu de culture pour les saprophytes du vagin ; les anaérobies s'y déve-

loppent facilement, ce qui explique que ces femmes s'infectent très rapidement dès qu'elles ont perdu les eaux.

Le contact permanent de cet écoulement avec la muqueuse vaginale a souvent pour effet d'irriter fortement cette muqueuse au-dessus du rétrécissement ; on observe alors un écoulement purulent du vagin pendant la grossesse.

L'infection est encore beaucoup plus facile quand il existe des fistules vésico ou recto-vaginales ; c'est probablement à cette cause qu'il faut rattacher certains avortements ou accouchements prématurés qu'on a observés dans les cas de rétrécissements acquis du vagin.

L'interruption de la grossesse peut être due à un autre mécanisme quand la sclérose vaginale est très marquée ; cette sclérose créant à sa suite un raccourcissement du conduit, empêchera l'utérus de s'élever dans la cavité abdominale. Les tiraillements provoqués par cette ascension utérine sont susceptibles de mettre en jeu la contractibilité de l'organe.

A l'appui de ce passage sur la description des atrésies et cloisons vaginales, mettons en relief les observations suivantes :

Observation N° IV (Mocquot). Vagin assez large et court au fond duquel se trouve un diaphragme percé de deux orifices minuscules.

N° V (Ferry). Ici la bride est en avant du col et elle en masque l'orifice ; elle prend la forme d'un éventail double.

N° VI (Langsdorff). Le cloisonnement est transversal et complet, il est situé derrière l'hymen et est épais de 5 mm.

N° VII (Brault et Rochard). La cloison transversale est située à 2 centimètres de la vulve.

N° IX (2). La cloison est complète à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du vagin.

N° XI. Cloison complète aussi située à l'union des 3/5e inférieurs et des 2/5e supérieurs.

N° XIV (Rhenter) (1). La bride est falciforme.

N° XIV (Rhenter) (3e). La bride est cervico-vaginale.

N° XIV (4e). Elle est épaisse de un doigt.

N° XII. Il s'agit d'un vagin double.

Nous pouvons conclure en disant que les cloisons transversales peuvent être aussi bien épaisses que minces ; en général, elles sont posées à l'un des trois niveaux suivants :

1° Derrière l'emplacement de l'hymen ;

2° En avant du col utérin ;

3° A l'union des 3/5e inférieurs et des 2/5e supérieurs du vagin.

II. Diagnostic

Signes fournis par l'examen d'une femme enceinte à vagin rétréci ou cloisonné

A l'inspection des organes génitaux externes on peut voir si l'affection-cause a porté sur l'extrémité inférieure du vagin une malformation qui résulte de la cicatrisation vicieuse de la vulve ; le périnée est souvent bridé par des bandes fibreuses ; la vulve est déformée, les petites ou grandes lèvres sont plus ou moins accolées ensemble, mais le plus souvent l'affection siège au-dessus de la vulve et il faut pratiquer le toucher pour trouver les malformations.

Ce qui frappe tout d'abord quand on introduit le doigt dans le vagin, est la brièveté de ce conduit ; en effet l'index est arrêté à une distance plus ou moins

grande suivant le siège de la lésion, par un rétrécissement qui empêche d'arriver sur le col utérin.

Ce rétrécissement peut se présenter sous différentes modalités cliniques. Dans certains cas il s'agit de brides falciformes (Obs. N° XIV (1). Rhenter), irrégulières, sur lesquelles le doigt vient buter et si on dirige son exploration dans une autre direction, on retrouve la position supérieure du vagin qui redevient normale. Ces brides sont toutefois si larges qu'elles forment de véritables cloisons qui segmentent le conduit vaginal en deux chambres d'inégale capacité. Ces deux cavités communiquent généralement ensemble par un orifice qu'il faut parfois rechercher avec soin avant de le trouver ; parfois, d'ailleurs, il reste invisible (Obs. N° II). Dans d'autres cas, l'obstacle a la forme d'un anneau et c'est après avoir franchi cet anneau que l'on peut explorer la portion supérieure du vagin au fond de laquelle on sent le col de l'utérus.

Si le rétrécissement est cylindrique (Obs. N° XV. Voron) le doigt chemine dans un véritable tunnel avant d'arriver sur le col. Dans la plupart des cas, l'atrésie, surtout lorsqu'elle est acquise, se présente sous la forme d'une cavité en entonnoir, le calibre du canal se rétrécissant à mesure qu'on avance dans la profondeur.

Nous avons supposé que la malformation n'était pas prononcée au point de ne pouvoir faire pénétrer le doigt. Mais dans certains cas il est absolument impossible d'arriver jusqu'au col avec l'index ; on pourra alors essayer d'employer le petit doigt, mais cet organe est généralement trop court pour l'atteindre.

Enfin, s'il s'agit de rétrécissements très prononcés, on ne trouvera nulle part d'orifice et l'occlusion vaginale paraîtra complète.

Si l'on vient à pratiquer l'examen avec un spéculum ou des valves, on aura directement sous ses yeux la cica-

trice cause de la malformation. On se servira aussi d'une sonde de femme, d'un hystéromètre, de bougies de Hégar qui renseigneront à la fois sur la direction et sur la consistance du trajet rétréci. Dans quelques cas rares, on ne trouvera en aucun point d'orifice et l'occlusion sera complète en apparence. Il faudra alors se garder d'affirmer l'imperforation, car dans un certain nombre d'observations le vagin semblait bouché et cependant la femme avait perdu les eaux (Obs. N° II).

La cavité vaginale ayant été examinée à tous les points de vue, on devra introduire une sonde dans l'urêthre pour voir, si, avec un doigt passé dans le vagin, la vessie n'est pas comprise dans la cicatrice. Cette manœuvre sera répétée du côté du rectum à l'aide des deux index allant à la recherche de la cloison recto-vaginale. S'il existe une fistule vésico-vaginale et si le vagin est complètement occlus on pratiquera le toucher par l'urêthre qui est généralement dilaté dans ces cas.

Quand la femme entre en travail le rétrécissement pourra devenir une gêne pour l'examen du col et de la partie fœtale. Si l'index peut franchir le rétrécissement, cette exploration sera possible, mais si l'atrésie est par trop prononcée, il faudra essayer de déprimer le fond du cul-de-sac formé par la loge vaginale inférieure. Si la cicatrice n'est pas trop épaisse, on pourra sentir, à travers l'obstacle, un anneau qui se contracte en même temps que l'utérus et qui est formé par le col dilaté.

On explorera de la même façon la partie fœtale qui se présente. Dans le cas où cette recherche est impossible on pratiquera le toucher rectal.

Dans un cas cité par Wyder, le diagnostic de présentation et de position fut fait à travers une fistule vésico-vaginale par l'intermédiaire de l'urêthre.

Quand le travail est avancé, la partie fœtale vient

buter contre le rétrécissement vaginal qu'elle essaie de franchir, on sent alors la portion atrésiée du vagin qui fait saillie à chaque contraction utérine.

Si l'anneau rétréci est suffisamment souple on assistera à sa dilatation ; si au contraire il est trop résistant, on observera soit l'arrêt du travail, soit la déchirure de l'obstacle. La tête étant sortie, les épaules peuvent être retenues au niveau de l'obstacle (cas cité par Hennig). S'il s'agit d'une présentation de siège, les difficultés se rencontreront souvent au moment du passage de la tête dernière (Obs. N° XII).

Le diagnostic de l'atrésie acquise du vagin est généralement facile. Quand la lésion siège sur la partie inférieure du conduit et qu'elle intéresse la vulve, rien n'est plus simple, car la cicatrice envahira la peau et l'on reconnaîtra facilement le tissu scléreux qui aura produit une déformation vulvaire. Les grandes et les petites lèvres sont irrégulières et accolées, les unes aux autres.

Le périnée sera parcouru par des brides gaufrées dont il sera facile de reconnaître l'origine.

Quand le rétrécissement siège plus haut et que la vulve est normale, le diagnostic devient un peu plus délicat et dans certains cas on a pu commettre des erreurs graves. L'erreur la plus commune consiste à prendre le segment inférieur du vagin pour le vagin tout entier et le rétrécissement pour le col utérin en voie de dilatation ; mais la brièveté du conduit, l'absence des culs-de-sac qui font que le vagin a la forme d'un entonnoir à sommet supérieur mettront facilement sur la voie du diagnostic. Ajoutons en outre que le col utérin ne présente pas généralement cette dureté cicatricielle qui s'observe au niveau de l'atrésie.

Quand la dilatation est complète, et que la tête vient appuyer sur la cloison cicatricielle, on peut prendre cette cloison pour le cuir chevelu de l'enfant. Cette erreur a

été faite un certain nombre de fois, et Wizmann cite une observation dans laquelle quatre médecins avaient successivement essayé d'accoucher une femme, soit avec le forceps, soit à l'aide de manœuvres manuelles. En examinant de plus près, il trouva un rétrécissement vaginal dû à une cicatrice vaginale ancienne. Après l'incision du septum l'accouchement se fit facilement.

Pour éviter ce genre d'erreur, il suffit de toucher attentivement sur tout le pourtour de l'excavation et l'on voit facilement que la cloison vient s'insérer latéralement sur les parois vaginales, tandis que la tête fœtale est absolument libre dans l'excavation et qu'on peut remonter aussi loin que l'on veut, sans être arrêté par un repli dépendant du vagin.

Enfin, dans l'intervalle des contractions, pourvu que l'on soit suffisamment exercé au toucher, on se rend bien compte que la partie fœtale est séparée du doigt par une membrane plus ou moins rugueuse et irrégulière sur laquelle la tête peut glisser. On peut confondre également un rétrécissement du vagin avec la poche des eaux, surtout quand les membranes sont rugueuses ; mais un examen, un peu approfondi, montre que la poche des eaux bombe pendant la contraction et que le col forme un annneau autour d'elle.

Il est possible de prendre le segment inférieur de l'utérus pour une occlusion du vagin. C'est particulièrement dans les cas de déviation du col que cette erreur est à craindre ; le col étant situé très loin en arrière, on ne peut l'explorer facilement, surtout quand il est effacé. On songe alors soit à une oblitération du col, soit à une occlusion du vagin, mais en cherchant loin en arrière et en haut, on finit par trouver un petit orifice qui est l'orifice utérin en voie de dilatation ; en outre, un cloisonnement acquis du vagin, n'a jamais la souplesse ni la régularité d'un segment inférieur fortement distendu.

Si par un examen attentif, il est facile de reconnaître un vice de conformation du vagin il n'en est pas toujours ainsi quand il s'agit de savoir si l'anomalie est acquise ou congénitale.

Dans la plupart des cas cependant, la chose est possible s'il existe des antécédents traumatiques ou infectieux ; mais quelquefois, soit que la maladie infectieuse ait été inaperçue, soit que la femme ne veuille ou ne puisse renseigner le médecin (il pourrait s'agir par exemple d'un avortement criminel) : on est obligé de se baser uniquement sur l'examen pour établir son diagnostic étiologique. Ordinairement le rétrécissement acquis est irrégulier, ses parois sont rugueuses, inégales et au spéculum on retrouve des vestiges de cicatrices qui tranchent par leur couleur sur fond de la muqueuse vaginale. Mais quelquefois, il s'est produit des décollements et des déchirures de la paroi qui se sont cicatrisés en formant des cloisons longitudinales ou transversales. C'est alors qu'on peut prendre cette malformation pour des anomalies congénitales.

Cependant dans les variétés des cloisonnements congénitaux, la muqueuse vaginale présente partout le même degré de régularité et de souplesse. S'il existe des brides, le bord saillant en est mince et plastique. Les tissus qui forment les rétrécissements acquis ne se ramollissent jamais autant que les tissus sains ; aussi ils sont beaucoup plus fermes et plus résistants. Dans certains cas le diagnostic est si difficile qu'on ne peut affirmer l'origine de l'anomalie et parmi les observations que nous avons lues, un certain nombre ont été laissées de côté à cause de l'incertitude du diagnostic.

Quand on est assuré d'avoir affaire à une atrésie acquise, il faut noter avec soin le degré de rétrécissement, son épaisseur, sa souplesse, toutes qualités qui ont leur importance au point de vue de l'accouchement.

Si l'occlusion paraît complète, il faut chercher attentivement avec la pulpe de l'index s'il n'existe pas en quelque point un orifice qui conduise dans le segment supérieur du vagin ; en cas d'insuccès, on introduira des valves et on examinera successivement toutes les parois muqueuses. Même si on ne trouve pas d'orifice, il ne faut pas conclure à une occlusion totale, en effet, il n'est pas rare d'observer dans des cas d'atrésie que l'on croirait totale, un écoulement de glaires ou de liquide amniotique, ce qui prouve qu'il existe un orifice qui aurait passé inaperçu.

PRONOSTIC

Le pronostic des sténoses est, d'une façon générale, assez grave pour la mère et pour l'enfant ; mais ce pronostic varie avec l'importance du rétrécissement lui-même. Si l'atrésie consiste en une simple bride ou un cloisonnement mince, l'accouchement se fera facilement (Obs. N° XIV (2) et (3). Rhenter. Obs. N° XIV (5). Rhenter) ; si au contraire il s'agit d'un rétrécissement annulaire ou cylindrique (Obs. N° XV. Voron), on pourra assister à une dystocie plus ou moins marquée et plus ou moins sérieuse.

Ceci dit en général, car des observations montrent des cloisonnements créant une sérieuse dystocie (Obs. III, Obs. VIII, Brault et Rochard. Obs. XII, Brouha et Bastin. Obs. XIII, Adamson. Obs. XIV (1), Rhenter).

Dans les cas de rétrécissements annulaires ou cylindriques, le pronostic dépendra de la forme, du degré, de l'épaisseur et surtout de la consistance du canal cicatriciel.

Certains rétrécissements se ramollissent tellement sous l'influence de la grossesse que l'on voit des accouchements se terminer très facilement alors que l'on pensait être obligé de pratiquer la césarienne (Ex. : Obs N° II). Mais, dans d'autres cas, la cicatrice ne cède pas et

l'on peut voir survenir des complications plus ou moins graves. C'est d'abord l'inertie utérine et tout son cortège qui fait que la femme peut mourir d'épuisement avant d'être accouchée. Si au contraire l'utérus continue à lutter contre l'obstacle il se produit des déchirures au niveau du rétrécissement. Les lésions peuvent ainsi s'étendre aux organes voisins : périnée (Obs. XIV (1). Rhenter), vessie, rectum, et causer des dommages qui mettent en jeu, sinon la vie de la femme, du moins sa santé ultérieure.

Quand l'obstacle ne cède pas et que l'utérus continue à se contracter, on peut alors voir survenir la complication la plus grave : la rupture utérine. Dans un cas signalé par Brunox : le fœtus et le placenta étaient passés dans la cavité péritonéale.

Toutes ces lésions s'accompagnent d'hémorragies qui viennent encore assombrir le pronostic, car elles sont souvent difficiles à arrêter.

Enfin tous les auteurs ont remarqué combien ces femmes s'infectaient facilement ; et cette infection est d'autant plus grave qu'elle débute souvent avant le travail quand il y a rupture prématurée des membranes. Nous croyons que la facilité de l'infection est due à la rétention des sécrétions au-dessus du rétrécissement : dans cette cavité close à l'abri de l'air les anaérobies peuvent se développer facilement, d'autant plus que les lavages y sont extrêmement difficiles.

Certains auteurs, pour donner une idée du pronostic, ont voulu citer quelques chiffres.

Muller donne 26 % comme mortalité pour les mères dont le vagin est atteint d'atrésie acquise. Brindeau, dans les cas acquis, cite comme chiffre 43 %.

Que peuvent valoir ces pourcentages ? Si nous considérons les observations que nous avons recueillies, nous voyons qu'il n'y a pour ainsi dire pas de mortalité ma-

ternelle, car l'opérateur a supprimé en général l'obstacle à l'accouchement : atrésie ou cloison, ou bien il s'est servi d'instruments d'opérations chirurgicales pour faire naître l'enfant avec le maximum de rapidité possible.

Le pronostic dépend donc et nous devrions ajouter surtout, de la précocité du diagnostic fait par l'accoucheur ainsi que de la rapidité des moyens obstétricaux qu'il met en action.

Un fait que nous devons souligner est que les malformations acquises du vagin sont beaucoup plus graves pour l'accouchement que les malformations congénitales ; il est vrai que les malformations acquises sont plus nombreuses que les congénitales, de sorte que les accidents dont elles peuvent être cause sont aussi plus nombreux que ceux qui relèvent des malformations congénitales. Néanmoins si nous voulions expliquer le pourquoi de la gravité des atrésies acquises du vagin par rapport à leurs homologues congénitales, nous devons mettre en relief le fait que cette gravité tient plus à des conditions non inhérentes à l'atrésie qu'à l'atrésie elle-même. Ces conditions sont concrétisées dans le fait de la dystocie pelvienne accompagnant la dystocie vaginale et cause en général de cette dernière, par l'intermédiaire de l'accouchement.

La dystocie pelvienne crée un accouchement difficile lequel créera une dystocie vaginale pour l'accouchement ultérieur.

Il est un point qui augmente la gravité du pronostic, c'est que, lorsque la période puerpérale est passée, la récidive est presque fatale et souvent même le rétrécissement est encore plus serré quelques mois après l'accouchement qu'auparavant.

Pour l'enfant le pronostic est encore plus sombre car à la souffrance du travail, viennent s'ajouter les opérations que l'on pratique pour l'extraire. Brindeau

dit qu'on s'en rend compte facilement puisque l'accouchement spontané, d'après lui, n'a lieu que dans 36 % des cas.

Sur le nombre des observations que nous avons groupées, nous en avons quatorze qui signalent la présence de l'accouchement ; sur ces quatorze nous relevons six cas où l'accouchement n'a pas demandé l'intervention, mais notons que sur ces six cas il y en a deux où la cloison avait été sectionnée au préalable par l'opérateur et un où il s'est produit une déchirure du périnée.

Notons aussi que dans nos observations nous avons (Obs. N° X) une fausse-couche et une où l'enfant est mort (Obs. N° XII).

TRAITEMENT

En présence d'une atrésie ou cloison vaginale acquise ou congénitale, la conduite de l'accoucheur sera variable suivant le siège, le degré et la forme de cette atrésie ou cloison. On comprend en effet qu'une simple bride ne comportera pas le même traitement qu'un rétrécissement cylindrique très serré.

Souvent la femme a été traitée avant tout état de grossesse, elle avait déjà consulté un gynécologue pour ventre gros et douloureux du à un hématocolpos, à une hématométrie, voire à un hématosalpinx (Obs. N° VI. Langsdorff et N° VII. Skutsh) dont la cause était incluse dans le fait d'une cloison oblitérant complètement ou non le vagin et s'opposant ainsi à l'écoulement du sang menstruel. D'autres fois la femme a consulté pour stérilité (Obs. N° V. Ferry) due à la présence d'une bride située devant le col utérin et défendant son entrée aux spermatozoïdes.

Mais en général c'est durant l'état de grossesse que le praticien découvre chez la femme enceinte ces malformations acquises ou congénitales.

On doit se demander tout d'abord s'il ne faut pas intervenir pendant la grossesse. Certains auteurs ont poussé leur crainte des complications qui peuvent s'ob-

server au moment du passage du fœtus jusqu'à provoquer l'avortement dès les premiers mois. Ajoutons que cette conduite, aujourd'hui complètement abandonnée, relevait d'une crainte exagérée. En effet, on ne sait jamais si le ramollissement de la cicatrice pendant la grossesse ne sera pas suffisant pour atténuer considérablement la dystocie ; de plus les chances d'infection par rétention placentaire sont fort à craindre quand la femme avorte. La dilatation du rétrécissement pendant la grossesse serait plus rationnelle ; elle présente cependant le grand inconvénient de s'accompagner souvent d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Aussi la plupart des auteurs tels que Tarnier, Guéniot, Brindeau, Emmet, Neugebauer, Maygrier s'accordent pour attendre le travail avant d'intervenir.

Rhenter, Mocquòt, Voron ont aussi attendu le moment de l'accouchement pour lutter ou supprimer ces obstacles.

Si nous tenons compte de l'avis de différents auteurs, nous voyons que la dilatation ou l'incision (des brides ou cloisons) pratiquées dans le cours de la gestation, ont été des moyens qui se sont révélés souvent insuffisants et qui ont obligé l'accoucheur, par la suite, à intervenir de nouveau au moment du travail.

Quels ont été ou quels sont les moyens de traitement mis en œuvre ?

Faisons l'exposé de ces moyens d'abord et ensuite nous dirons quel serait le meilleur moyen à employer en face de chaque cas approprié.

Schumann dilata tout d'abord avec un dilatateur métallique, un rétrécissement marqué du vagin au quatrième mois de la grossesse. Le résultat étant presque nul, il incisa la bande fibreuse et sutura les bords de la plaie à droite et à gauche, de façon à empêcher la reproduction de la malformation.

La grossesse continua, mais au moment du travail, on fut obligé de sectionner le rétrécissement en six endroits différents pour pouvoir extraire l'enfant au forceps.

Ward signale un cas semblable dans lequel on dilata pendant la grossesse un rétrécissement acquis du vagin. La grossesse alla jusqu'à terme, mais l'accouchement ne put se faire spontanément.

Nous croyons donc qu'il ne faut pas intervenir pendant la gestation. Durant cette époque, on se contentera seulement d'assurer l'antisepsie du vagin, autant que celà sera possible, à l'aide d'injections désinfectantes.

Si le rétrécissement permet l'introduction d'une sonde, on fera pénétrer l'instrument dans le segment supérieur du vagin pour laver cette cavité qui contient bien souvent des sécrétions septiques.

Une sonde (type Budin par exemple), serait très utile dans ces cas, puisqu'elle permet de laver et retirer du liquide.

Quand la femme entre en travail, on devra la surveiller attentivement et tout préparer pour une intervention possible. On se rendra compte par le toucher des progrès de l'accouchement, dans certains cas, on verra la tête descendre, appuyer sur la portion rétrécie du vagin, puis, sous l'influence du ramollissement acquis pendant la grossesse, les parties cèdent et l'accouchement a lieu spontanément. Cette terminaison n'est pas très rare, même quand il s'agit d'atrésies très étroites (Obs. Brindeau N° II).

La même chose se produira assez souvent lorsque l'obstacle au lieu d'être atrésie est bride ou cloison (Obs. Rhenter, XIV (1) et XIV (2).

Si l'obstacle ne cède pas, on devra intervenir. Nous insistons sur le fait qu'il ne faut pas attendre trop tard;

car les déchirures spontanées sont toujours plus graves que celles que l'on pratique instrumentalement.

La conduite de l'accoucheur, variera suivant le degré et la résistance du rétrécissement, de la bride ou de la cloison.

Dans la catégorie de cas bénins, il s'agira de brides plus ou moins épaisses, contre lesquelles viendra buter la tête, par exemple comme dans le cas de l'observation N° III où la tête butait contre la bride qui empêchait sa déflexion. Dans pareil cas, tout d'abord, on devra essayer de faire céder la bride en la distendant avec les doigts de la main mise en cône.

Cette main essayera de dilater l'orifice formé par les brides et l'on pourra terminer l'accouchement par une application de forceps.

Le forceps fera en général céder la bride, ainsi qu'en témoignent les observations N° VII, de Brault et Rochard, N° IX (2), de Louyot et Fruhinsholz ; XIV (1) de Rhenter et XIV (5), de Rhenter.

Si la bride résiste, il faut l'inciser, soit aux ciseaux, soit avec un bistouri que l'on guidera avec le doigt.

En cas d'hémorragie on devra suturer les lambeaux qui saignent.

Quand le rétrécissement est annulaire ou cylindrique, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Il est en effet très difficile de savoir quels sont les rapports exacts des organes voisins (rectum, vessie) par rapport à la cicatrice et très souvent ces conduits sont englobés dans son épaisseur. On opère ainsi à l'aveugle et il existe de nombreuses observations dans lesquelles on a déchiré la vessie, le rectum ou le col, en voulant dilater ce rétrécissement.

Il faut cependant avouer que beaucoup d'auteurs ont réussi à se faire un passage vaginal sans léser les orga-

nes voisins. Lombard, Muro, Tarnier, Kessler, Boissard, ont publié des cas semblables.

Nous croyons qu'avant de se décider à intervenir par le vagin, on doit se rendre compte d'une façon exacte des rapports qu'affectent le rectum et la vessie avec la cicatrice.

Pour cela, il faudra pratiquer le toucher rectal et le cathétérisme vésical, en même temps qu'un doigt introduit dans le vagin, notera s'il y a un rapport intime entre ces cavités et l'endroit rétréci. Quand on est sûr que ces organes ne craignent rien, on peut alors intervenir par la voie vaginale.

Si au contraire il existe des adhérences vésicales ou rectales avec la cicatrice, si surtout l'atrésie siège très haut, il deviendra dangereux d'opérer par le vagin.

Quels sont les procédés que l'on peut employer quand on se décide à accoucher une femme par les voies naturelles ?

On a le choix entre deux méthodes :

La dilatation et la section.

La dilatation est la méthode que conseillait Hildebrandt. Elle peut être essayée tout d'abord quand le rétrécissement est souple.

On a employé soit des ballons dilatateurs (ballons de Barnes, de Champetier, de Boissard), soit des dilatateurs métalliques (bougies de Hégar, dilatateurs de Willie, de Bossie, etc.).

Nous devons donner la préférence à la dilatation manuelle ; en effet, les doigts agissent avec moins de brutalité.

On dilatera l'anneau, rétréci, comme s'il s'agissait du col de l'utérus, soit par le procédé ancien, doigts en cône, soit par la méthode bimanuelle de Bonnaire. Si la dilatation ne suffit pas, on pratiquera des incisions au bistouri.

Guéniot conseille de se servir du bistouri guidé sur un doigt.

D'autres opérateurs parmi lesquels Brindeau, préfèrent s'aider de valves pour travailler à ciel ouvert.

Rémy, dans un cas, a employé le thermocautère. Les opinions des auteurs varient quand il s'agit de savoir où et combien de fois on doit inciser. Les uns avec Tarnier conseillent les incisions multipliées et petites. les autres les grandes incisions. Certains coupent le rétrécissement d'avant en arrière, d'autres pratiquent des incisions en croix. Il vaudrait mieux pourtant débrider latéralement pour éviter de blesser la vessie ou le rectum.

Quand l'occlusion est complète ou presque, on est obligé d'opérer à l'aveugle et d'aller à la recherche du col sans être guidés par autre chose que la moindre épaisseur des parois.

Les incisions alors, deviennent très dangereuses surtout quand le rétrécissement siège haut et nous croyons que dans pareil cas il vaut mieux abandonner la voie vaginale (Observat. N° XV, Voron). Le danger des incisions vaginales ne réside pas seulement dans la possibilité de blesser la vessie et le rectum, mais elles s'accompagnent assez souvent d'hémorragies graves,

Speigeberg et Kricz citent des cas où l'écoulement sanguin a été si abondant que les femmes sont mortes.

Gallois cite une observation ou l'hémorragie s'arrêta grâce à l'introduction d'un ballon de Champetier, au-dessus du rétrécissement.

Etant données les complications auxquelles peuvent donner lieu les incisions vaginales, il n'est pas étonnant de voir que beaucoup d'auteurs tels que Spiegelberg, Breisky, Wachs, Benicke, etc.., ont préféré terminer l'accouchement par la césarienne. Voron (Obs. N° XV) employa l'hystérotomie basse, suivant la technique habituelle. Le col n'avait pu être repéré dans son cas.

Brindeau, en parlant de la césarienne, cite 43 cas où cette opération a été pratiquée pour obvier à la dystocie du vagin. Sur ces 43 cas, dit-il, 24 fois on fit la césarienne conservatrice et 19 cas l'opération de Porro.

Le fait est que la plupart des auteurs, tels que Breisky, Wœrth, Litzmann, Kayser, s'opposent à la césarienne, ils lui reprochent de mettre obstacle à l'écoulement lochial, puisque le rétrécissement vaginal subsiste ; de plus, en cas de grossesse ultérieure, la femme est toujours exposée aux accidents graves qui résultent de cette dystocie.

Il est vrai qu'on peut, comme l'ont fait Braun et Fitelberg, dilater le rétrécissement vaginal par en haut, après avoir ouvert l'utérus et placé un drain qui assure l'écoulement des lochies. Soulignons cependant le fait que ce drain est une source d'infection trop grande pour que l'exemple de ces auteurs mérite d'être suivi.

Voyons du reste ce que donnent les statistiques. C'est Brindeau qui les a faites. Comme à tous chiffres, accordons-leur seulement une importance relative.

Pour 24 opérations césariennes conservatrices publiées, Brindeau donne une mortalité de

41,6 % pour les mères
et 36 % pour les enfants ;

Tandis que sur 19 opérations de Porro publiées, il trouve une mortalité de

26 % pour les mères
et 23 % pour les enfants.

Nous devons dire, que les observations de Brindeau sont certaines, très vieilles et que parmi elles il en existe un certain nombre antérieur à l'antisepsie.

Si nous considérons la statistique de Kayser faite en 1893, en y ajoutant le cas de Neugebauer, la mortalité

pour l'opération de Porro s'abaisse à 7,6 % pour les mères.

Il résulte de cette étude que l'orqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte atteinte d'atrésie vaginale, il faut se contenter de soins antiseptiques pendant la grossesse. Pendat l'accouchement, il faudra surveiller attentivement la marche du travail, car souvent sous l'influence du ramollissement dû à la grossesse, le rétrécissement vaginal cède et l'accouchement se fait spontanément. Si l'obstacle résiste, on opérera par la voie vaginale, soit par dilatation, soit à l'aide d'incisions, quand l'atrésie ne siège pas trop haut et quand elle n'est pas trop marquée. Si au contraire, la portion rétrécie du vagin comprend une certaine épaisseur ; si surtout l'occlusion est complète ou presque, il vaudra mieux avoir recours à l'opération de Porro.

Lorsqu'il s'agit non pas de rétrécissement vaginal, mais de brides ou de cloisons obturant ou segmentant le vagin, la méthode employée de nos jours est l'excision suivie de suture soigneuse.

Ajoutons d'ailleurs que ces brides ou cloisons lors de l'accouchement cèdent parfois spontanément ; à plus forte raison sous le coup d'une application de forceps qui s'est avéré nécessaire, ainsi qu'en témoignent diverses observations telles que les observations N° VIII, XIII, XIV (1). Rhenter, XIV (5). Rhenter, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Atrésie acquise du vagin

Relatée par BRINDEAU, année 1897, dans la maternité de Boissard

Femme de 23 ans, secondipare. La première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant élevé au biberon. L'accouchement s'est fait spontanément et les suites de couches ont, paraît-il, été normales.

Santé antérieure excellente. Rien à signaler.

Enceinte pour la seconde fois.

Les dernières règles datent du 20 au 25 juillet 1896.

Le 26 février elle ressent les premières douleurs.

Le 27 elle consulte.

Examen :

L'utérus est développé comme dans une grossesse de cinq mois.

Au palper : Les parties fœtales sont accessibles ;

Le fœtus est très mobile, car il y a un peu d'exagération de liquide, de plus l'utérus est mou.

A l'auscultation : Les bruits du cœur ne sont pas perçus : on croit le fœtus mort.

Au toucher : Le doigt introduit dans le vagin est arrêté à très peu de distance de l'orifice vulvaire par une cloison transversale, sur laquelle on remarque après l'introduction d'un spéculum, l'existence d'un petit orifice punctiforme duquel s'échappe un peu de sang.

On n'arrive en aucun point sur le col, ni sur le segment inférieur de l'utérus, ce qui fait porter le diagnostic de brièveté acquise du vagin par du tissu cicatriciel.

La malade est soignée, elle a des contractions assez fréquentes et elle vomit à plusieurs reprises.

Boissard arrive à 7 heures. La parturiente est mise dans la position obstétricale. On fait un toucher minutieux et l'anesthésie chloroformique. La confirmation du diagnostic a lieu. Boissard essaye de déchirer la cloison, mais très doucement, craignant d'intéresser le cul de sac postérieur et de léser le péritoine.

La déchirure est bientôt suffisante pour l'introduction de plusieurs doigts qui pénètrent dans une cavité dans laquelle se trouve le col qui, à ce moment, présente une dilatation de 4 à 5 centimètres.

Pendant toutes ces manœuvres, il s'écoule du sang noirâtre, d'odeur fétide, ce qui fait penser à Boissard que l'œuf doit être ouvert ; mais constatant une poche des eaux qui bombe, il la rompt au perforateur.

Du liquide amniotique s'écoule ; pendant ce temps, il recherche un pied qu'il parvient à saisir et à emmener difficilement, ne pouvant introduire les doigts assez loin. Un aide, par des manœuvres externes, abaisse l'utérus afin de rendre le pied plus accessible. Enfin le pied est emmené à l'orifice vulvaire.

L'extraction du fœtus est faite lentement afin de ne pas trop déchirer la cloison. La tête est extraite sans difficulté. C'est un fœtus vivant de 850 grammes, mort après quelques inspirations.

Boissard fait une injection vaginale, puis la délivrance artificielle ; l'arrière-faix est complet.

On tamponne à la gaze iodoformée après une injection intra-utérine. On fait la toilette et un pansement sec sur les organes génitaux externes. La malade ne perdant pas est remise dans son lit, puis elle s'endort.

Suites de couches de la malade :

— Température avant l'accouchement : 38° ;
Pouls : 120 ;

— Température après l'accouchement : 38°,5 ;
Pouls : 130.

— Premier jour. — Deux injections intra-utérines, une le matin, une le soir, suivies de tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Température : matin 37° ; pouls 100.
soir 38° ; pouls 120.

Urines très albumineuses. Régime lacté absolu.

— Deuxième jour. — Injections vaginales, tamponnements vaginaux. Il y a du sphacèle du vagin et les lochies sont un peu fétides.

Température : matin 37°,3 ; pouls 92.
soir 37°,2 ; pouls 84.

Urines riches en sels et en albumines. Régime lacté absolu.

— Troisième jour. — Boissard examine au spéculum, puis fait une injection utérine suivie de tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Les lochies sont fétides ; l'état général est bon.

Température : matin 36°,6 ; pouls 84.
soir 37°,8 ; pouls 108.

Encore beaucoup d'albumine. Toujours régime lacté.

— Quatrième jour. — Injections vaginales de 4 litres. Deux fois par jour, ces injections sont faites avec du naphtol afin d'éviter l'intoxication. Tamponnement vaginal.

Température : matin 36°,8 ; pouls 80.
soir 37°,2 ; pouls 92.

Encore beaucoup d'albumine et toujours régime lacté.

— Cinquième jour. — — idem — Rien à signaler.
— Sixième jour. — Lochies purulentes, les injections de 4 litres sont continuées.

Température : matin 37°, ; pouls 76.
soir 37°,6 ; pouls 84.

— Septième jour. — Lochies moins fétides.

Température : matin 37°, ; pouls 72.
soir 37°,2 ; pouls 72.

— Huitième jour. — Albumine : 0. La malade mange un peu, les lochies deviennent de moins en moins fétides. Les injections prolongées sont continuées. L'état général est très favorable. Depuis, cette malade n'a jamais cessé d'aller de mieux en mieux. Elle est partie en bon état de santé.

OBSERVATION N° II

BRINDEAU, Hôpital de la Pitié (Paris, année 1900)

Femme 33 ans, multipare (VII accouchements), se présente à la Pitié le 7 septembre 1900 au début de son travail.

Antécédents :

1re grossesse en 1892 : Accouchement à 6 mois, enfant mort deux heures après la naissance.

2e grossesse en 1892 : Avortement de trois mois.

3e grossesse en 1893 : Accouchement à terme, garçon nourri au sein maternel, mort à 2 ans de méningite.

4e grossesse en 1895 : Accouchement à terme, garçon nourri au sein bien portant.

5e grossesse en 1897 : Accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort à quinze jours.

6e grossesse en 1898 : A terme, fille nourrie au sein.

Tous ces accouchements se sont faits spontanément, les suites de couches ont toujours été normales.

La femme présente est d'une parfaite santé, elle n'a

jamais eu de maladie antérieure et nous ne retrouvons dans ses antécédents aucun traumatisme vaginal. Ses dernières règles datent du 27 au 31 septembre 1899. La grossesse a été normale, sauf une légère perte de sang au septième mois et une leucorrhée peu abondante.

A son entrée dans la salle de travail, les contractions utérines sont peu fréquentes. La femme a perdu les eaux.

Au palper : On sent un utérus développé comme celui d'une femme enceinte de 8 mois et demi environ.

Présentatin du sommet en O. I. G. A.

Au toucher : On trouve un vagin très court, se terminant en entonnoir sans culs de sac vaginaux. Nulle part on ne rencontre d'orifice utérin. Les parois vaginales sont assez lisses et à travers la cloison oblitérante on sent une tête fœtale qui est assez élevée. Sur cette partie fœtale, on trouve un rebord circulaire limitant un espace de la largeur d'une pièce de deux francs. Cet orifice est formé par le col dilaté.

En différents points, le doigt rencontre des brides cicatricielles qui rendent l'infandibulum assez irrégulier. La muqueuse vaginale saigne facilement pendant l'exploration.

A l'examen, à l'aide de valves, on voit la muqueuse vaginale qui est un peu rouge et irritée, mais en aucun point on ne trouve d'orifice conduisant dans le segment supérieur du vagin.

La malade est examinée à neuf heures du soir, les contractions sont assez faibles, la température est normale ; les organes génitaux sont soigneusement désinfectés.

Etant donnée l'occlusion complète ou paraissant complète du vagin, on pense que l'intervention aura lieu le lendemain matin, mais à ce moment la malade a déjà accouché.

La malade avait passé une nuit assez calme, lorsque tout à coup les contractions se réveillèrent vers les huit heures du matin et l'accouchement se fit sans qu'on put suivre la marche du travail.

L'enfant né vivant pesait 3.210 grammes.

Les suites de couches ont été absolument normales et la femme, examinée à son départ, ne présentait plus de rétrécissement vaginal. C'est à peine si en quelques points on pouvait trouver le vestige de la cicatrice ancienne.

Nota bene. — Ce qui est intéressant dans cette observation est de voir la facilité avec laquelle la femme est accouchée, surtout avec le fait que le rétrécissement paraissait complet. Il existait cependant un orifice, puisque la femme avait perdu les eaux dès le début du travail.

OBSERVATION N° III

BRINDEAU, 1898

Malade âgée de 23 ans en santé parfaite, entre en travail pour la première fois le 15 janvier 1898. La grossesse est un peu avant terme et les membranes se sont rompues dès les premières douleurs. Dilatation très lente, inertie utérine pour la période d'expulsion, application du forceps. L'opération fut très laborieuse, étant donnée la résistance toute particulière du périnée et la longueur démesurée de la distance qui séparait la fourchette de l'anus.

Déchirure du périnée intéressant le sphincter externe.

Enfant vivant. Perinéorraphie immédiate.

Suites de couches absolument normales. Les fils sont retirés le dixième jour, la suture a très bien tenu.

Deuxième grossesse :

Les dernières règles datent du 10 janvier 1899.

La malade vient consulter au mois de mars pour savoir si elle est enceinte.

Au toucher : On trouve une bride vaginale résistante siégeant à un centimètre et demi au-dessus de la commissure postérieure de la vulve, formant un léger croissant à concavité supérieure.

Cette bride n'a gêné en rien les rapports sexuels : on peut du reste introduire plusieurs doigts dans le vagin.

Premières douleurs le quinze octobre à huit heures du soir et dilatation complète à dix heures.

La malade, examinée au moment de l'expulsion, pousse énergiquement. La bosse séro-sanguine distend la vulve et le périnée bombe fortement. Le toucher est pratiqué dans l'intervalle d'une contraction ; on voit la tête buter fortement contre la bride. Touchant alors pendant la douleur, on voit que la bride empêche la tête de faire son mouvement de déflexion.

De plus, le périnée bombe fortement, la tête étant poussée directement en bas.

On fait respirer à la malade quelques bouffées de chloroforme et on dilate la bride avec les pouces mis dos à dos.

La bride cède peu à peu, mais n'est pas encore facilement distendue pour laisser passer la tête.

Les douleurs continuent, il semble que le périnée ne pourra tenir et se déchirera centralement, car les parties molles s'amincissent fortement entre la fourchette et l'anus.

Un coup de ciseaux est donné sur la bride et à la contraction suivante la tête se dégage facilement. Il s'est à peine produit une très légère lésion du périnée, guérie par un seul point de suture.

La femme est examinée un mois après l'accouchement, la bride a disparu et le vagin paraît normal.

OBSERVATION N° IV

MOCQUOT, professeur (Paris 1936, Hôpital Broca)

Cloison transversale congénitale du vagin

Le 20 janvier 1936. Femme âgée de 20 ans, vient consulter pour douleurs au bas-ventre, réglée régulièrement, douleurs moins fortes pendant les cinq à six jours de la durée des règles et s'accentuant vers la fin de la menstruation ; se

plaint également de pertes blanches abondantes et de constipation. Antécédents : rien à signaler.

Organes génitaux externes normaux.

Toucher vaginal : Vagin assez large, court, terminé en dôme arrondi.

Au spéculum : Au fond du vagin, un diaphragme avec deux orifices minuscules, un médian, l'autre latéralement à gauche ; donc cloison complète mais perforée. On lui fait un lipiodol, à la radio on voit l'huile répandue en arrière de la cloison remplissant le segment supérieur du vagin fermé.

La malade n'a plus ses règles et revient consulter le 17 février 1936, on opère et on supprime cette cloison en partant de l'orifice médian, puis incision en demi-cercle.

La réaction d'Ascheim-Zondek est pratiquée et s'avère positive. La femme est donc bien enceinte.

Examinée le 9 mars, tout va bien et il n'y a pas de tendance à la sténose.

La cloisn n'a donc pas empêché la fécondation.

OBSERVATION N° V

FERRY (in thèse Kotsmann, Paris 1936)

Jeune fille de 13 ans vierge. Incision postérieure de l'hymen et de la lame oblitérante. Cloisonnement transversal congénital complet sus-hyménéal ayant été la cause d'un hématocolpos et d'une hématomètrie.

OBSERVATION N° VI

LANGSDORFF (in thèse Kotsmann, Paris 1936)

Cloisonnement transversal complet du vagin d'origine congénitale. (Hématocolpos)

Jeune fille bien développée, 19 ans, se plaint de rétention d'urine qu'une sage-femme n'était pas arrivée à cathétériser.

Organes génitaux normaux. A grand'peine, on arrive à introduire une sonde flexible dans l'urèthre. Il sort un litre d'urine claire.

Toucher rectal : On sent le vagin rempli, tendu en saucisse jusqu'à l'utérus. On vide l'hématocolpos de la femme, on lave et désinfecte et l'on pratique une dilation à la bougie de Hégar n° 10, puis on bourre le vagin de mêches iodoformées.

Depuis, règles régulières sans troubles. La membrane cloisonnante en arrière de l'hymen était épaisse de 5 m/m.

OBSERVATION N° VII

Skutsh (in thèse Mocquôt-Kotsmann, Paris 1936)

Hématocolpos — Hématométrie — Hématosalpinx

Jeune fille 18 ans, jamais réglée, commence à seize ans à avoir des douleurs toutes les quatre semaines avec gros signes de constipation.

On pratique une laparatomie évacuatrice.

A la place de l'hymen, il existait une forte membrane cloisonnante.

OBSERVATION N° VIII

Brault et Rochard (in thèse Mocquôt-Kotsmann, Paris 1936)

Un cas de cloisonnement transversal congénital chez une femme enceinte

Mme X..., 19 ans.

Primipare, grossesse normale.

Présentation en O. I. G. R.

Au toucher vaginal : Il semble que la tête soit coiffée d'un segment inférieur bien formé, mince avec un col effacé, présentant un orifice qui aurait permis l'introduction du bout du doigt.

Au moment du travail, on pratique un nouveau toucher et l'on constate une cloison transversale, dont l'orifice n'a pas changé depuis le dernier examen. Le diaphragme est descendu au voisinage de la vulve. Le travail ne paraît pas avancer. La poche des eaux se rompt spontanément. Sous anesthésie générale, on constate l'absence d'hymen, on aperçoit un diaphragme vaginal et son orifice à deux centimètres environ.

A travers l'orifice, le doigt sent nettement la tête et un col dilaté. Le diaphragme est très mince ; on le dissocie facilement au doigt.

On est obligé de pratiquer une application de forceps. Délivrance naturelle. La suite de couches est normale.

OBSERVATION N° IX

Louvot et Fruhinsholz (in thèse Mocquôt-Kotsmann, Paris 1936)

Deux cas de cloisonnement transversal congénital dystocique du vagin

Premier cas :

Femme 21 ans, traitée pour fistule sacro-coccygienne, bien réglée depuis l'âge de quinze ans.

Le mariage fait soupçonner une anomalie.

Les rapports sexuels sont pénibles pour la femme.

Elle devient enceinte et l'examen prénatal révèle un diaphragme transversal complet situé immédiatement à l'entrée du vagin. Pas de débris d'hymen.

Aussitôt à l'entrée du vagin, le doigt heurte une cloison

complète infranchissable qui se laisse facilement refouler et permet de percevoir au-dessus une présentation régulière du sommet. (Examen au septième mois).

Au spéculum : On voit un petit orifice admettant l'extrémité d'un hystéromètre et conduisant à un trajet qui chemine dans l'épaisseur de la cloison et se dirige de droite à gauche.

La femme accouche à la fin du huitième mois.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions énergiques, la poche des eaux bombe fortement au travers de la cloison. Une pince introduite dilacère le pertuis. Le doigt y pénètre alors et constate que le vagin supérieur a des dimensions normales. La tête est à la partie moyenne de l'excavation. La dilatation est complète. La poche des eaux est intacte. Sous anesthésie générale, on saisit à l'aide de pinces la lèvre supérieure et la lèvre inférieure de la cloison qu'on sectionne à droite et à gauche sur deux centimètres environ. L'épaisseur atteint un bon centimètre.

Il s'écoule une assez grande quantité de sang.

Le travail reprend ensuite moins énergique, mais enfin la femme accouche. Au moment de l'expulsion, on voit sous la symphyse la lèvre antérieure de la cloison faire saillie devant la tête. Au onzième jour, à l'examen, on ne trouve plus trace de cloison.

Deuxième cas :

Femme 37 ans ; mariée depuis 15 ans, consulte pour stérilité quatre ans après le mariage.

Puberté à quinze ans. Toujours bien réglée. Menstrues un peu douloureuses. Elle devient enceinte en 1933 ; elle consulte vers la fin du septième mois. On constate alors l'existence d'une cloison complète à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du vagin, de consistance épaisse.

Au spéculum : On aperçoit un petit orifice, légèrement reporté sur la droite de la ligne médiane, admettant à peine un hystéromètre et aboutissant à un canal qui chemine

d'avant en arrière dans l'épaisseur de la cloison. On attend le travail ; alors, sous anesthésie générale, on incise la cloison, au-dessus on aperçoit un col dilaté comme cinq francs. La poche des eaux est normale. L'expulsion ne se produit pas à cause de brides formées par les débris de la cloison.

On extrait l'enfant au forceps. Le onzième jour, on constate que l'entrée du vagin est assez rétrécie et formée par un manchon cicatriciel qui admet difficilement deux doigts.

La femme n'est plus revenue consulter depuis.

OBSERVATION N° X

CROUSSE (in thèse Mocquôt-Kotsmann, Paris 1936)

C'est un cas de cloisonnement transversal du vagin (congénital) de Mme X..., âgée de 27 ans, mariée depuis sept mois, opérée d'hématocolpos à 15 ans. Elle devient enceinte, fait une fausse-couche dont les suites sont normales.

OBSERVATION N° XI

CREMNITZER (in thèse Mocquôt-Kotsmann, Paris 1936)

Cloisonnement congénital dystosique du vagin

Jeune fille de quinze ans en état de grossesse au septième mois ; toujours bien réglée auparavant.

Toucher vaginal : On constate une cloison transversale complète du vagin insérée à l'union des $2/5^{es}$ supérieurs avec les $3/5^{es}$ inférieurs.

Au spéculum : Oon ne trouve pas le moindre pertuis sur cette cloison.

Par le toucher rectal, on sent très haut un col long de un centimètre fermé. Expectative jusqu'au moment de l'accouchement, qui a lieu deux mois plus tard. La femme

arrive en travail et au toucher on sent à travers la cloison qui persiste un bourrelet de col à dilatation grande paume. Au doigt, on effondre facilement cette cloison. Ecoulement du mucus cervical, élargissement de la brèche aux ciseaux. Après quarante minutes, expulsion d'un enfant de 3.000 grammes. Délivrance normale.

A l'examen ultérieur : le col est bien fermé et sur le pourtour du vagin à deux ou trois centimètres du dôme vaginal, on trouve une surface granuleuse en voie de cicatrisation correspondant à l'insertion de la cloison.

OBSERVATION N° XII

BROUHA et BASTIN (« Bruxelles Médical », 2 août 1936)

Il s'agit d'un cloisonnement longitudinal ayant créé un vagin double. La femme est enceinte. L'enfant est en présentation de siège et reste ainsi à cheval sur la cloison. L'enfant est mort-né en état d'asphyxie blanche.

On fait le Mauriceau et une extraction difficile après une large épisiotomie. Les auteurs disent que c'est le fait de la présentation et non la malformation vaginale qui aurait été cause de la mort de l'enfant.

OBSERVATION N° XIII

ADAMSON (« American Journal of obst. a gyn. », avril 1936, n° 4)

Vagin cloisonné compliquant le travail

C'est le cas d'une négresse âgée de 27 ans. On pratique l'ablation du septum sous anesthésie à l'oxyde nitrique. Il se produit une grosse hémorragie..

On fait une épisiotomie, le fœtus est extrait au forceps. L'enfant naît vivant.

Adamson conclut en disant qu'il faudrait toujours corriger ces vices vaginaux avant le travail.

OBSERVATION N° XIV

Premier cas :

RHENTER, Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

Accouchement du 13 mai 1937.

Femme sortie le 6 juin 1937.

Primipare. Forceps au détroit supérieur. Rupture précoce des membranes. Travail prolongé. Bride vaginale.

Mme G... C..., 30 ans, primipare.

Début des douleurs, 12 mai, à 7 heures 30.

Dilatation complète à..... 18 heures 30.

Rupture spontanée des membranes, 13 mai, à 11 h. 30.

Terminaison de l'accouchement à..... 20 h. 10.

Durée de la dilatation..... 35 heures.

Perte totale de sang..... 800 grammes.

Présentation. Position..... O. I. G. A.

Accidents pendant le travail : forceps au tiers supérieur de l'excavation. Dystorie vaginale. Déchirure du bloc périnéal guérie par trois points de suture. Délivrance artificielle.

Enfant : sexe masculin, poids 3.450 grammes.

Placenta ..... poids 710 grammes.

La bride vaginale a été rompue au cours du forceps, tris ponts de suture. Cette bride vaginale falciforme occupant la moitié droite du vagin semblait constituer un deuxième col à ce niveau. La présentation s'engageant mal, la tête est défléchie, on perçoit les deux fontanelles, la petite difficilement, il a un léger asynclitisme antérieur.

Le docteur Rochet applique le forceps sans se préoccuper de la bride. Il y a d'abord une résistance, puis la bride cède et l'extraction de l'enfant se fait assez brutalement, occasionnant une déchirure du périnée.

Deuxième cas

RHENTER, Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

Accouchement du 22 janvier 1937.

La femme est sortie le 3 février.

Mme B... P..., 24 ans.

Multipare, trois accouchements et un avortement.

Accouchement spontané. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Travail rapide. Endométrite. Malformation vaginale.

Enfant : sexe masculin, 2.640 grammes.

On constate l'existence certaine d'un diaphragme vaginal à peu près à un centimètre au-dessous du col et à gauche. Ce diaphragme est uni par une bride cicatricielle.

Troisième cas :

RHENTER, 21 septembre 1932,
Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

Femme primipare sortie le 10 octobre 1932.

Accouchement spontané. Rupture précoce des membranes. Bride congénitale cervico-vaginale.

Mme B..., 26 ans.

Début des douleurs le 20 septembre, à 18 heures.

Dilatation complète à..... 13 heures.

Rupture spontanée des membranes à.. 10 heures.

Durée de la dilatation à..... 19 heures.

Terminaison de l'accouchement à..... 13 h. 45.

Durée de l'expulsion..... 45 minutes.

Délivrance normale.

Perte totale de sang..... 100 grammes.

Présentation. Position en..... O. I. D. P.

Accidents pendant le travail et la délivrance : 0.

Enfant : sexe féminin, poids..... 2.830 grammes.

Placenta ..... 670 grammes.

La bride vaginale, très nette, formait un diaphragme congénital tendu entre le col utérin et la paroi latérale droite du vagin qui permit quand même l'accouchement.

Quatrième cas :

RHENTER, 3 août 1931, Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

Primipare, sortie le 27 août 1931.

Accouchement spontané, section d'une bride vaginale. Rupture précoce des membranes.

Mme H... V..., 19 ans.

Début des douleurs le 9 août, à 0 heure 30.

Dilatation complète le 9 août, à 6 heures 45.

Rupture spontanée des membranes, 9 août, à 2 heures 30.

Terminaison de l'accouchement.... 8 heures 45.

Durée de la dilatation..... 6 heures 15.

Durée de l'expulsion..... 2 heures.

Délivrance normale.

Sang perdu total..... 400 grammes.

Présentation. Position en..... O. I. G. A.

Enfant : sexe masculin, poids..... 3.150 grammes.

Placenta : poids..... 600 grammes..

La bride vaginale congénitale transversale épaisse de un doigt et tendue sur la tête fœtale fut sectionnée.

Cinquième cas :

RHENTER, 27 juin 1929, Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon)

Primipare, forceps à la partie inférieure de l'excavation.

Rupture précoce des membranes. Délivrance artificielle.

Sortie le 9 juillet.

Mme R..., âgée de 29 ans.

Antécédents : nuls. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Grossesses antérieures : aucune.

Début des douleurs le 27 à..... 5 heures.

Dilatation complète à..... 17 heures.

Rupture des membranes à..... 13 heures 15.

Terminaison de l'accouchement à..... 17 heures.

Durée de la dilatation..... 12 heures.

Délivrance artificielle immédiate.

Perte totale de sang..... 600 grammes.

Présentation. Position..... O. I. D. P.

Accidents pendant le travail et la délivrance : Forceps au bas de l'excavation.

Enfant : sexe masculin, poids..... 3.120 grammes.

Placenta ..... 640 grammes.

Il existait une bride vaginale antéro-postérieure qui s'est rompue spontanément sous le coup de l'application du forceps, sans qu'il ait été besoin de la sectionner au préalable.

OBSERVATION N° XV

VORON, 1939, Hôpital Edouard Herriot (Lyon)

Atrésie congénitale du vagin créant une dystocie

Mme Goubier, 33 ans.

Primipare.

Antécédents héréditaires : père en bonne santé ; mère morte d'une affection inconnue.

Antécédents physiologiques : Réglée à quinze ans.

Dernières règles : du 25 au 30 avril.

Examen général : Varices nulles, pas d'œdèmes, pas d'albumine.

Antécédents pathologiques : Diphtérie à 16 ans. Surdité il y a quatre ans, gauche d'abord, droite ensuite par otospongiose.

Hématocolpos à 15 ans et demi.

Consultation pour les rapports sexuels durant le mariage.

Accidents et complications : Vomissements au début.

Fœtus : Présentation céphalique. Adaptation mobile.

Auscultation : Bruits du cœur fœtal présents.

Observation. — L'examen a été pratiqué le 21 janvier 1939. La femme présente un utérus bicorne. Le sommet est amorcé. Les bruits du cœur fœtal présents.

La femme est aussi atteinte d'une malformation congénitale du vagin ; il s'agit d'un rétrécissement canaliculaire de la partie moyenne du vagin, canal permettant l'entrée d'un doigt. Ce rétrécissement s'étend sur une longueur de deux centimètres.

Bassin : Radiographie normale.

Accouchement :

Dilatation : Début des douleurs le 6 février, à 23 heures.

Entrée à la salle de travail le 7 février, à 4 heures.

Pas d'accidents pendant le travail.

Expulsion : L'accouchement se termine le 7 février, à 11 heures.

Présentation. Position : en O. I. D. P.

Intervention : Hystérotomie basse sous anesthésie générale par les docteurs Rochet et Brochier.

(Poche des eaux non rompue).

Le 7 février, après 12 heures de travail, un toucher montre la persistance du rétrécissement vaginal qui demeure rigide, épais, non délatable, dans ces conditions on décide l'intervention par voie haute sous anesthésie générale. On fait une hystérotomie basse suivant la technique habituelle. Le col, qui n'avait pu être repéré au toucher, apparaît dilaté à 2 ans.

Enfant : sexe masculin, poids..... 4.720 grammes.

Date de la sortie de la femme : le 13 mars 1939.

Annexes fœtales : poids..... 750 grammes.

Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

Les atrésies et cloisons vaginales sont rares quand elles sont acquises, elles sont exceptionnelles quand elles sont congénitales.

Des plus communes aux plus rares, on peut d'après nos observations, les classer de la façon suivante :

Cloisonnements acquis transversaux ou obliques.
Cloisonnements acquis longitudinaux.
Rétrécissements acquis.
Cloisonnements transversaux congénitaux.
Cloisonnements longitudinaux congénitaux.
Rétrécissements congénitaux.

Le diagnostic doit en être fait pendant la grossesse, il permettra de prévoir un traitement applicable au moment de l'accouchement.

La dystocie que ces affections entraînent est assez fréquente, elle peut aboutir dans les cas graves à l'inertie utérine.

Le traitement doit tendre à supprimer l'obstacle au transit fœtal. Quand cette suppression est impossible, il faut avoir recours à des techniques chirurgicales ; soit la césarienne, soit plutôt, à notre avis, l'opération de Porro. De la thérapeutique appliquée dépendra le pronostic.

Vu :

Le Président de thèse,

Signé : NOEL.

Vu et approuvé :

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

Signé : A. FORSTER.

Vu et permis d'imprimer,

Clermont, le 26 Septembre 1939,

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Signé : A. FORSTER.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMSON. — American Journal of Obst. a Gyn. Avril 1936, N° 4, p. p. 676-678. — Vagin cloisonné complicant le travail.

BÉCLAIRE. — L'exploration radiologique en gynécologie.

BOHÊME. — Cloisonnement congénital complet d'organes génitaux féminins. — Réun. Obst. et Gyn. Nancy, 17 Déc. 1930.

BOURSIER. — Précis de Gynécologie.

BRAULT et ROCHARD. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. 1928.

BRINDEAU. — Gynec. et Obst., 1934. — L'obstétrique, 1901, p. 87. — pratique de l'art des accouchements.

BROUHA et BASTIN. — Présentation du siège avec vagin double. — Bruxelles Médical, 2 Août 1936, p. 14-97.

BROUHA, COMMANDEUR, JEANNIN, LEMELAND, VORON. — La Dystocie.

BRUNOX. — Arch. Zocol., Avril 1896, p. 303.

CAZEAUX. — Traité d'accouchements, 1858.

COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.

CREMNITZER. — Gynécologie, Juillet 1935.

CROUSSE. — Gynec. et Obst., 1922.

DEVRAIGNE. — Pratique obstétricale.

DIONIS. — Cours d'opérations de Chirurgie, 177.

DOBIS. — Grossesse en présence des malformations de l'utérus et du vagin. — Zentral. Blatt fur Gynak., 14 Déc. 1935, N° 50, p. p. 2-170, 21-88.

DUBREUIL. — Leçons d'Embryologie humaine.

EBERLIN. — Zeitsh. f. Geb. Bd. XL., 1899.

ESMAN. — Monartsh. f. Geb. B. VII, 1898.

FABRE. — Précis d'accouchements.

FERRY. — Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1922, p. p. 503-504.

FIOLLE. — Recherches sur la pathogénie des atrésies vaginales supérieures et cervicales. — Soc. de Gyn. de Marseille, 7 Avril 1932.

FRUHINSHOLZ et LOUYOT. — Bull. Soc. Obst. et Gyn., 1935.

GAMBAROW. — Journ. Chirur., Juillet 1934.

GRAUZAM. — Thèse, Paris 1935. — Contr. à l'étude des trophies vaginales secondaires à la disparition de la fonction ovarienne.

GRAY-WARD. — The. Médical Review., Mars 1900, p. 14.

GUILLEMIN. — A propos des cloisonnements transversaux du vagin. Rapport par LECÈNE. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., Paris, 26 Nov. 1928, p. 1.257.

HARTMANN. — Gyn. et Obst., Mai 1932. — Gynécologie opératoire.

KOLLIKER. — Traité d'embryologie, 1888.

KOTSMANN S. — Thèse, Paris 1936. — Contribution à l'étude des cloisons transversales congénitales du vagin. — Correspondanz Blatt. fur. Shweizer. Aerzte, 1899. — Gynécologie.

LANGSDORFF. — Zent. f . Gyn., 1902.

LECÈNE. — Les diagnostics anatomo-cliniques. Appareil génital de la femme.

MAGENDIE-HUSTE. — Thèse, Paris 1894.

MAYGRIER et SCHWAAB. — Précis d'obstétrique.

MAYGRIER. — Traité des accouchements. TARNIER et BUDIN. — Tome III, p. 392.

MURSINA. — D. Jo. ch. Stark's Arch. f. Geb., Bd. V. 1895, p. 149.

MARION. — Journal d'urologie, 1934.

MARION. — Précis d'urologie.

PIJEAUD. — Cahiers d'obstétrique.

PHÉNOMÉNOW. — L'Obst., Nov. 1896, p. 524.

PICADO. — Thèse de Genève, 1898.

POROSCHIN. — Central f. Gyn., 1897, N° 40.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.

Précis de Pathologie chirurgicale, Tome V. Appareil génital de l'homme. Pathologie urinaire. Gynécologie. — Par JEANBRAU, BÉGOIN et PAPIN.

PROUST et CHARRIER. — Appareil génital de la femme.

NEUGEBAUER. — Zur. Lehre von. Verwachsungen und. Verengerungen der Scheide. — Berlin 1895.

RETTERER. — Revue de Gyn. et Chir. abd., 1907. — Soc. de Biol., 1905.

SAUVAGE. — Arch. Mens. d'Obst. et Gyn., 1912. — Cloisonnements du vagin. — Ann. de Gyn. et Obst., 1910, p. 137.

SERRA. — New Balear di Cieucias Med., 10 Mars 1898.

SCHENCK. — Central f. Gyn., Février 1900.

SCHWARTZ. — Organes génito-urinaires.

SKUTSH. — Zent. f. Gyn., 1925.

TOURNEUX. — Embryologie humaine.

VANVERT et PANCOT. — Manuel d'obstétrique et d'hygiène de la première enfance.

VAUTRIN. — La Gynécologie, Juin 1920.

VEDIN. — Med. Re., 2 Octobre 1897.

VIOLET. — Thèse. Paris 1934.

VIOLLET. — Société nationale de Médecine et Sciences médicales de Lyon. 24 Juin 1936.

Nous avons essayé d'être aussi complet que possible pour la bibliographie française et étrangère ; et pourtant nous n'avons pas réuni un nombre d'auteurs bien considérable. En effet aucun ouvrage d'ensemble traitant à la fois des atrésies et cloisons acquises et congénitales du vagin n'a paru jusqu'à ce jour. Ce que l'on sait sur ces affections nous est connu surtout par des communications faites dans la littérature médicale ; brèves et même insuffisantes parfois. Nous les avons groupées, et d'elles nous avons tiré des réflexions qui, après collection faite, ont fourni la trame de cette thèse. Tel est peut-être notre seul mérite

TABLE DES MATIÈRES

Préliminaires 15

Historique 17

Classification étiologique et morphologique 21

Genèse et étiologie 25

De l'influence sur l'accouchement 35

Description et Diagnostic 39

Pronostic 51

Traitement 55

Observations 63

Conclusions 81

Bibliographie 83